

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Wladimir BERMANN

Né le 20 Mai 1902 à Villeneuve-sur-Bellot (Seine-et-Marne)

Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

SUR LA

MYOMECTOMIE

Président : M. Félix LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Wladimir BERMANN

Né le 20 Mai 1902 à Villeneuve-sur-Bellot (Seine-et-Marne)

Externe des Hôpitaux de Paris

ÉTUDE

SUR LA

MYOMECTOMIE

Président : M. Félix LEJARS, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1926

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON
	ÂCHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DEL BET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHIAMPY	Histologie.
CHRAY	} Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	} Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
N...	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	} Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	} Histologie.
MULON	
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHEL Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique

M:

RETTERER	Histologie.
------------------	-------------

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	{ Clinique chirurgicale.	LERI	{ Clinique médicale.
CHEVASSU		LEPER	
LAIGNEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET .	Clinique médicale in-	N...	Clinique médicale.
	fantile.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LÉON BERMANN

*qui fut en médecine mon premier
maître, je dédie ce travail en témoi-
gnage de reconnaissance et de pro-
fonde affection.*

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

ANCIEN ÉLÈVE DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE
INGÉNIEUR DES CONSTRUCTIONS NAVALES

A MON AMI

JACQUES VIENNE, EXTERNE DES HOPITAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. LEJARS

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

dans le service de qui j'ai travaillé pendant 2 ans, et qui a bien voulu me faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Remerciements sincères et hommages respectueux.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX:

- M. le PROFESSEUR WIDAL (Cochin, 1920-1921).
- M. le PROFESSEUR LEJARS (Saint-Antoine, 1921).
- M. le DOCTEUR WIART (Lariboisière, 1921-1922).
- M. le PROFESSEUR LEJARS (Saint-Antoine 1922-1923)
- M. le DOCTEUR BRUHL (Bichat, 1923-1924).

*Je me souviendrai toujours, mon
cher Maître, de l'accueil incompa-
rable que vous avez bien voulu me
réserver dans votre service, et je ne
sais vraiment pas comment vous
prouver toute ma gratitude, pour
cette année absolument unique passée
auprès de vous.*

- M. le DOCTEUR GUINON (Bretonneau, 1924).
- M. le DOCTEUR HUDELO (Saint-Louis, 1924-1925).
- M. le DOCTEUR CATHALA (Maternité de St-Louis, 1925).
- M. le PROFESSEUR LEVY-SOLAL (Maternité de Saint-
Antoine, 1925-1926).
- M. le DOCTEUR MARION (Lariboisière 1926).

Je tiens à remercier tout particulièrement et très sincèrement

M. le DOCTEUR RAYMOND PETIT
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE DES HOPITAUX
DE PARIS

*qui m'a prodigué ses bons con-
seils et m'a puissamment aidé dans
la rédaction de ce travail.*

Enfin arrivé au terme de mes études médicales, j'adresse
mes souvenirs reconnaissants à mes amis

MAX M. LÉVY
et
RAYMOND ANDRIEU

qui tous deux m'ont toujours guidé dans la difficile carrière
que j'ai choisie.

INTRODUCTION - DÉFINITION

Dans le traitement actuel des fibromes, il faut réserver une place importante à la myomectomie, opération logique, qui s'adresse aux fibromes seuls; elle supprime les tumeurs, tout en respectant l'utérus et ses annexes.

Le but auquel doit tendre la chirurgie étant de concilier le principe de l'ablation de la tumeur avec celui de la conservation de l'organe, ce principe d'ordre général est parfaitement applicable aux fibromes. En effet, leur disposition anatomo-pathologique indépendante, comme nous le verrons, permet, très souvent, leur extirpation isolée.

La myomectomie présente, outre sa bénignité, le double avantage énorme :

De conserver à la femme la possibilité d'une grossesse ultérieure, rendue souvent, jusqu'alors, impossible, du fait de la présence du fibrome, et, en opérant les fibromes de bonne heure, on pourra peut-être diminuer le taux de la stérilité.

De lui éviter les troubles nombreux et pénibles d'une ménopause trop précocement provoquée.

Au point de vue anatomique, il existe, nous y reviendrons, trois formes de fibromes : sous-péritonéaux, interstitiels ou parenchymateux, sous-muqueux. Mais le chirurgien les classe selon leur voie d'abord plus facile, en fibromes supérieurs et inférieurs et dès le début de notre travail, nous diviserons l'étude de la myomectomie en deux parties d'importance inégale :

La myomectomie abdominale qui est à l'heure actuelle l'opération de choix et qui présente des indications nombreuses.

La myomectomie vaginale qui n'est plus qu'une méthode d'exception, réservée à certains cas spéciaux bien définis.

L'intérêt de l'étude de la myomectomie a été de nos jours accru du fait de l'apparition, à une époque récente, de moyens de traitements nouveaux et non sanglants qui, tout d'abord, ont suscité de grandes espérances. On a pu penser que grâce à la curiethérapie et à la roentgenthérapie, le traitement sanglant des fibromes avait fait son temps. Il n'en était malheureusement rien, et une période de réaction est venue lorsque l'on eut constaté que les méthodes nouvelles n'étaient point sans danger et constituaient parfois un trompe l'œil atténuant ou faisant disparaître les symptômes, souvent au prix de destructions importantes et indélébiles, supprimant les fonctions multiples d'ovulation, de menstruation, de fécondation et de

reproduction, — mais laissant subsister le mal qu'il fallait parfois extirper dans la suite au prix de difficultés plus grandes.

Aussi ne craignons-nous pas d'affirmer qu'à l'heure actuelle le seul traitement rationnel et sûr des fibromes utérins est, avant toutes choses, dans l'immense majorité des cas, chirurgical.

EXPOSÉ RAPIDE DE L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE, DES SIGNES, DE L'ÉVOLUTION CLINIQUE ET DES COMPLICATIONS DES FIBROMES UTÉRINS.

On donne le nom de fibromes, de corps fibreux, de myomes, de fibromyomes, de fibroïdes (auteurs anglais) à des tumeurs utérines bénignes dont les éléments sont analogues à ceux du tissu utérin lui-même.

Le fibrome utérin constitue une tumeur particulièrement intéressante, parce que, malgré sa nature bénigne, il détermine souvent des accidents graves capables d'entraîner la mort si une thérapeutique active n'est pas mise en œuvre en temps voulu.

Anatomie pathologique

Nombre. — Le nombre des fibromes est très variable; certains utérus sont criblés de noyaux fibreux; on en a compté jusqu'à vingt, trente et même cinquante. Ordinairement, on n'en observe guère plus de deux ou trois à la fois; cliniquement, on croit souvent qu'il

n'existe qu'un seul noyau, mais à l'examen anatomique on découvre deux ou trois petits nodules qui avaient passé inaperçus.

Volume. — Le volume des myomes est aussi variable que leur nombre. Si à l'examen anatomique d'un utérus on en trouve souvent qui ne sont pas plus gros qu'une lentille ou qu'un pois, les fibromes chirurgicaux atteignent des dimensions qui vont de celles d'un œuf ou d'une orange à celles des tumeurs les plus volumineuses de l'organisme. On en a vu en effet de dix, vingt, quarante kilos; Hunter de New-York a même observé un fibrome de cent quarante livres chez une femme morte d'épuisement.

Siège. — Le siège des fibromes est bien plus souvent dans le corps utérin que dans le col. On les rencontre surtout dans la paroi postérieure et le fond de l'utérus. Ils naissent toujours dans l'épaisseur des parois utérines, mais ils évoluent ensuite dans des sens différents, et suivant leurs situations définitives dans les diverses tuniques de l'organe, on les distingue en :

Fibromes interstitiels développés dans l'épaisseur même de la paroi.

Fibromes sous-muqueux, seulement recouverts de la muqueuse.

Fibromes sous-péritonéaux placés sous la séreuse péritonéale — certains de ceux-ci sont situés dans l'épaisseur du ligament large, ils sont dits intra-ligamentaires.

Les fibromes sous-péritonéaux et les fibromes sous-muqueux peuvent adhérer à la paroi utérine par une large base; ils sont sessiles. Mais souvent ils se pédiculisent et ne restent plus réunis à l'utérus que par un mince cordon. Les fibromes sous-muqueux pédiculisés portent le nom de polypes fibreux.

Forme. — La forme générale des fibromes est d'ordinaire arrondie, mais la tumeur principale est souvent multilobée et souvent aussi elle donne naissance à des masses secondaires sessiles ou pédiculées.

Consistance. — Leur consistance est dure, d'une dureté élastique très ferme habituellement, mais, par suite de dégénérescence œdémateuse, une partie ou la totalité des fibromes peut devenir molle, pseudo-fluctuante même (tumeurs fibro-kystiques) et dans d'autres cas au contraire, d'une dureté pierreuse s'il y a infiltration calcaire (fibromes calcifiés).

A la coupe. — Les fibromes apparaissent formés d'un tissu d'un blanc éclatant ou blanc rosé, homogène, lardacé qui crie sous le bistouri et semble constitué par des fibres irrégulières entre-croisées ou disposées en couches concentriques, en volutes. La surface de cette coupe est convexe, bombée, comme si le tissu du centre était comprimé par des couches superficielles plus serrées qui tendraient à l'énucléer; le raclage donne un liquide filant.

La tumeur est entourée d'une couche de tissu uté-

rin condensé et tassé par refoulement qui lui forme une capsule. Entre cette capsule et le myome existe une couche de tissu cellulaire lâche, sorte de bourse séreuse (Verneuil) dans laquelle rampent les vaisseaux destinés à la nutrition de la tumeur. C'est grâce à la laxité de ce tissu cellulaire qu'une fois la capsule ouverte on peut, dans certains cas, énucléer le noyau fibreux par simple pression. Mais cette couche de tissu cellulaire n'est pas toujours régulière et assez souvent le fibrome se continue, en certains points, avec le tissu utérin, ce qui empêche l'énucléation.

Peu vasculaires par eux-mêmes, les fibromes présentent cependant à leur surface des sinus veineux qui peuvent devenir gros comme le doigt.

Histologiquement. — Les fibromyomes se composent de deux éléments constants : tissu musculaire lisse et tissu fibreux.

Mais la proportion de ces deux éléments est très variable. Dans les fibromes mous l'élément musculaire prédomine, ce sont les tumeurs jeunes en voie de développement : tandis que dans les fibromes durs et blancs, le tissu fibreux forme la presque totalité de la tumeur, ce sont les tumeurs vieilles où le tissu conjonctif est abondant. Parfois des glandes prédominent dans les fibromes, ces tumeurs méritent le nom d'adéno-myomes.

Les gros vaisseaux des fibromes se trouvent à la surface, au niveau de la capsule ; quelquefois ces vaisseaux sont très développés et pénètrent le fibrome par l'inter-

médiaire d'un petit pédicule qu'il importe de pincer et de lier au cours de l'énucléation.

Transformations et dégénérescences. — Les fibromes subissent souvent des transformations anatomiques importantes : dégénérescences œdémateuse ou fibrokystique, myxomateuse ou colloïde, graisseuse; ces deux dernières plus rares. Transformation fibreuse et calcification. Dégénérescence sarcomateuse enfin.

Étude clinique

Tout fibrome doit être traité car on ne peut pas parler de bénignité en présence d'une tumeur qui se traduit par une évolution ne s'arrêtant guère spontanément et qui expose à des complications nombreuses et graves, parfois mortelles. De nos jours, où les fibromes sont diagnostiqués de façon précoce et traités de même, les complications se font plus rares et on a peine à croire qu'il y a seulement quelques années les femmes mouraient de fibromes inopérés.

Signes. — C'est ordinairement l'apparition de troubles fonctionnels qui amène la femme à consulter.

Nous citerons au premier plan les hémorragies; tantôt celles-ci surviennent au moment des règles qui présentent une abondance et une durée anormale, tantôt elles se produisent dans leur intervalle, tantôt enfin, métrorragies et ménorragies co-existent, la malade se plaint d'être toujours dans le sang.

Ces pertes rouges sont presque constamment accompagnées de pertes blanches. Il est rare de voir la leucorrhée survenir en premier. Très liquides, incolores, copieuses, elles peuvent dans certains cas se produire brusquement, comme si elles succédaient à la rupture d'une poche, inondant la malade. Ce sont les hydorrhées classiques.

La douleur enfin peut attirer l'attention de la malade : c'est exceptionnellement un signe de début et quand elle apparaît irradiant le plus souvent dans les membres inférieurs, le long du nerf sciatique, on est en droit de conclure à un fibrome ayant déjà atteint un volume moyen, et dont la masse enclavée dans le petit bassin irrite le plexus sacré.

Déjà d'après les seuls signes fonctionnels, le chirurgien pourra ébaucher un diagnostic de siège. En effet, des ménorragies sans métrorragies accompagnées de douleurs peu intenses, font penser à la possibilité d'un fibrome interstitiel ou sous-péritonéal justiciable d'une opération par la voie haute.

Les fibromes sous-muqueux du col, les polypes donnent lieu à des métrorragies, à de la leucorrhée, du fait de la métrite toujours co-existante, voire même à des ulcérations décelables à l'examen au spéculum, et les douleurs prennent souvent dans ce cas le type de coliques expulsives lorsqu'un polype fibreux tend à s'engager dans le col utérin entr'ouvert.

Un examen soigneux de la malade s'impose.

La palpation si la tumeur est abdominale va permet-

tre d'en apprécier la forme, le volume, les dimensions, la consistance et la mobilité.

Mais c'est avant tout le toucher vaginal combiné au palper qui va permettre de formuler une opinion autorisée. On explorera successivement le col, les culs-de-sac vaginaux, l'isthme et aussi le corps, le fond, les cornes utérines et les annexes. On s'assurera ainsi que la tumeur « fait corps avec l'utérus » (Jean-Louis Faure). On appréciera son volume, sa consistance, sa mobilité, sa sensibilité, ses rapports. Cette tumeur peut être abdominale, ou pelvienne (mobile ou enclavée).

Tous ces renseignements (volume, siège, nombre, etc...) vont être très utiles au chirurgien qui va intervenir; on discutera d'abord si la myomectomie est indiquée et, ce fait une fois établi, s'il est préférable de s'adresser à la voie abdominale ou à la voie vaginale.

Tout fibrome, aussitôt son diagnostic posé avec certitude, doit être immédiatement traité, car abandonné à lui-même, il va, malgré sa nature bénigne, déterminer des complications immédiates ou éloignées.

Complications immédiates. — Les hémorragies peuvent par leur abondance et leur répétition retentir sur l'état général, anémier la malade, donner à la peau une coloration jaunâtre et pâlir les muqueuses. Il est intéressant dans ces cas de rechercher l'état de la coagulabilité du sang et de faire une numération globulaire.

Il n'existe qu'un très petit nombre de fibromes, dont la masse n'est jamais inquiétante; le plus souvent,

c'est à l'époque de la ménopause, au moment où la malade anxieuse s'attend à voir enfin la disparition des troubles en même temps que celle des règles, que de nouveaux symptômes vont apparaître : signes de compression du fait de l'accroissement de la masse fibreuse. Les uns s'imposent à l'observateur, tels que la dysurie, la pollakiurie, la constipation, l'œdème des membres inférieurs ou de la vulve; les autres doivent être recherchés avec attention par une analyse répétée des urines, car ils sont le fait d'une insuffisante dépuraction urinaire par compression des urètres. Tout fibrome volumineux et enclavé dans le pelvis gêne les viscères qui l'entourent. Des compressions vasculaires, il faut rapprocher les thromboses qui se produisent dans les veines des membres inférieurs et du bassin, et les embolies qui peuvent en partir.

Les fibromes pédiculés insérés sur le fond utérin par une implantation étroite peuvent déterminer des accidents de torsion utérine avec phénomènes péritonitiques. Cette éventualité est rare.

Plus fréquentes sont les complications infectieuses : polypes sphacelés, infectés, suppurations péri-fibromateuses, gangrène des fibromes sous-muqueux surtout, salpingite suppurée concomitante accompagnée de nécrose aseptique, toutes complications pouvant être le point de départ de pelvi-péritonite, voire même de septicémies parfois mortelles. Ici les troubles généraux sont au premier plan et deviennent vite inquiétants : fièvre, asthénie, anorexie, pertes purulentes et

fétides; l'abdomen est hyperesthésié; l'état est grave; souvent on ne peut plus parler à ce stade tardif d'opération conservatrice.

Complications éloignées. — Tout fibrome abandonné à lui-même peut aboutir, nous l'avons dit, à une complication tardive, c'est la dégénérescence maligne. La dégénérescence sarcomateuse est hors de doute et prouvée par des métastases observées nettement. On a vu assez fréquemment la coïncidence du cancer épithélial avec le fibrome à ce point qu'elle pourrait ne pas être un pur effet du hasard. A. Martin, dont la grande autorité est reconnue, a signalé soixante fois des dégénérescences variables sur deux cents cas observés. Le sarcome de la paroi utérine provient presque toujours d'un fibrome interstitiel secondairement dégénéré. A ce moment le fibrome devient douloureux spontanément et à la pression. Les pertes prennent un caractère spécial, la masse augmente rapidement de volume et devient molle. Le diagnostic est fait et l'évolution fatale. L'intervention même large, même avant tout retentissement sur l'état général, est désormais incapable de sauver la malade.

On voit donc que malgré sa nature histologiquement bénigne le fibrome utérin est loin d'être une tumeur sans gravité.

Tout fibrome diagnostiqué doit être précocement et activement traité, car indépendamment des compli-

cations toujours à redouter, la vie de la femme est souvent profondément troublée par la gêne, par les douleurs, par les hémorragies qui l'obligent à éviter toute fatigue et à mener une existence à part. La vie sexuelle, enfin, peut être plus ou moins compromise au point de vue coït, fécondation, grossesse et accouchement,

ROLE DU FIBROME DANS LA STÉRILITE

Essai pathogénique.

Dans beaucoup de cas le fibrome est cause de stérilité; s'il y a grossesse malgré tout, il expose à l'avortement et à l'accouchement prématuré. Au moment de l'accouchement, il peut être une cause de dystocie et nécessiter une opération chirurgicale. Après la délivrance, il peut s'opposer au retrait de l'utérus et provoquer une hémorragie grave.

Cette question a suscité de nombreuses controverses; malgré tout il n'est pas douteux qu'il y ait des exemples assez nombreux de femmes demeurées stériles ou ayant présenté des fausses couches répétées depuis leur début conjugal, malgré un désir vivement exprimé de mener une grossesse à terme et chez lesquelles on découvrirait un beau jour un ou plusieurs fibromes. D'ailleurs la constatation de grossesses normales après une myomectomie en fait foi suffisamment.

Comment agit le fibrome ?

a) D'abord en troublant la statique utérine par bascule de l'organe, en modifiant l'orientation du col et en créant des coudures du canal cervico-utérin, toujours infectées secondairement.

b) Un fibrome peut, de par son siège, comprimer ou obturer l'embouchure d'une trompe. L'obstacle levé le conduit salpingien redevient perméable.

c) Il n'est pas douteux non plus que la tumeur ait un retentissement physiologique certain sur les organes de voisinage, en amenant des modifications circulatoires portant sur les trompes et les ovaires telles, qu'on a dans certains cas prononcé le mot de véritables varicocèles pelviens.

d) Enfin on ne peut passer sous silence l'influence manifeste des métrites et annexites coexistantes entretenues de façon chronique par la tumeur fibreuse.

Nécessité de la Myomectomie

Il est donc indiscutable que les fibromes sont moins graves à enlever qu'à laisser évoluer et si la question est le plus souvent résolue de nos jours pour les gros fibromes, elle doit se poser aussi pressante pour les petits, car on s'assurera l'avenir par une chirurgie

minima et sans risques, avec un maximum de chances de succès.

La nécessité des opérations conservatrices est évidente. En effet, ce n'est pas sans danger qu'on pratique chez une femme jeune une castration totale et qu'on supprime brusquement l'importante sécrétion interne de l'ovaire, fait d'autant plus grave qu'il survient plus prématurément.

Au point de vue anatomique, peut-on impunément troubler la statique viscérale pelvienne sans raison majeure valable?

Enfin, opératoirement parlant, la chirurgie conservatrice a pour elle d'être bénigne, d'être exploratrice, il est toujours temps de pratiquer la résection partielle ou totale de l'organe, si le besoin s'en fait sentir au cours de l'intervention, opération déjà beaucoup plus choquante pour la malade.

Pour toutes ces raisons la chirurgie conservatrice mérite de tenir le premier rang dans le traitement des fibromes.

HISTORIQUE

La chirurgie des fibromes envisagée dans son histoire a suivi trois tendances diverses ayant eu des fortunes différentes et une influence inégale :

a) On a cherché à enlever les fibromes en sacrifiant l'utérus;

b) On a essayé de faire disparaître ces tumeurs par des opérations de voisinage portant sur les pédicules vasculaires et évitant les dangers inhérents à l'ablation directe;

c) On s'est efforcé enfin d'enlever les masses fibreuses en conservant intacts dans la mesure du possible l'utérus et ses annexes.

La chirurgie conservatrice, empruntant la voie vaginale ou abdominale, a marché de pair depuis longtemps, et avec la chirurgie mutilatrice, et avec celle des méthodes indirectes, tantôt les précédant, tantôt s'effaçant devant leur progrès.

A l'heure actuelle où la chirurgie conservatrice de l'utérus tend à être admise de plus en plus, où la myomectomie est à l'ordre du jour, nous pouvons dire aux

adversaires de cette méthode qui tendent à la considérer comme nouvelle, que nous ne faisons qu'assister à la réhabilitation d'un très ancien procédé opératoire tombé dans l'oubli, puisque la première énucléation vaginale fut pratiquée par Amussat en 1880 et que Spencer Wells, le 12 janvier 1863, extirpait pour la première fois par voie abdominale un fibrome utérin.

En suivant les progrès de la chirurgie conservatrice parallèlement aux autres méthodes, nous verrons que le sillon tracé par elle est creusé de façon fort inégale.

Voici quelques faits d'évolution que nous empruntons en partie à la thèse de Dartigues :

Dans une première phase antérieure à 1830, on n'opère pas les fibromes à évolution abdominale. Les femmes atteintes de fibromes sont incurables, meurent inéluctablement de leur tumeur comme de nos jours la majorité des cancéreuses.

A la suite d'erreurs de diagnostic toutefois, quelques chirurgiens se trouvent en présence d'un fibrome non prévu; ignorants la conduite à tenir, ils évitent d'y toucher et se hâtent de refermer le ventre.

Dans une deuxième phase quelques myomectomies abdominales isolées sont tentées avec ou sans succès. Granville, en 1837, échoue, mais Atlee et Lane sept ans plus tard pratiquent heureusement l'extirpation de fibromes sous-péritonéaux pédiculés. Ces opérations furent à l'époque considérées comme des coups d'audace et nous voyons ainsi que les toutes premières tentatives sont dirigées contre les seuls fibromes et

non contre l'utérus en même temps; à son origine donc, la chirurgie des fibromes est essentiellement conservatrice, d'abord parce que timide et incertaine, ensuite parce qu'il ne paraît pas naturel au premier abord d'extirper en même temps le néoplasme et l'organe tout entier qui le porte.

Pendant cette période qui s'étend de 1837 à 1864, les opérations vaginales conservatrices parallèlement aux opérations abdominales se font une place plus décisive et plus déterminée : En effet, pour les fibromes à évolution pelvienne ou vaginale l'accès par les voies naturelles semble logiquement tout indiqué; pour les polypes, la question était simple, mais pour l'énucléation des fibromes, c'est Velpaux qui le premier, en 1833 en eut l'idée. Amussat pratique en 1840 cette énucléation pure et simple. Son manuel opératoire consistait dans l'incision bi-latérale du col, l'abaissement de l'utérus, la section médiane du fibrome quand il était assez gros. Après l'extirpation, il soumettait la malade à l'irrigation vaginale continue. C'est ainsi que deux fibromes de 330 à 450 grammes furent enlevés par ce chirurgien.

Lisfranc en 1843 préconisait cette opération pour des fibromes peu volumineux qu'il enlevait au doigt ou à l'aide d'une petite spatule.

Boyer, Maisonneuve et Bérard les imitèrent.

Mais cette opération qui avait paru séduisante fut à cette époque de septicémies et de pyohémies la cause de véritables désastres, les malades mouraient d'in-

fection, parfois même d'hémorragies, et ce procédé logique tombait bientôt en désuétude. Ses derniers partisans l'abandonnent définitivement en France après les attaques de Jarjavay et Guyon (1850-1860).

Défendue en Amérique par Atlee, Baker Brown, West et Marion Sims, elle n'eut guère plus de succès à cause du pourcentage considérable de morts par complications infectieuses (1874).

Un peu partout à l'étranger, l'opération d'Amussat fut pratiquée, mais d'une façon isolée.

En Allemagne, Langenbeck et Kiwish (1874), Mickulicz qui, en 1883 extirpe par le vagin un fibrome remontant jusqu'à l'ombilic.

En Suisse, Vuillet, de Genève en 1885 modifie la technique d'Amussat; sa méthode comprend une longue période de dilatation; puis il incise la capsule, et de nouveau une période interminable d'attente, pendant des semaines et même des mois, au bout de laquelle on enlève comme un polype la tumeur faisant saillie dans l'utérus.

Cette opération d'une lenteur infinie donnait le plus fréquemment des résultats déplorables.

En Angleterre, peu de succès; en Italie quelques cas isolés : Bruchetti (1881) Inverardi (1885) qui pratiquent des débridements multiples du col. En Russie, Krasowski extrait un fibrome intra-pariétal gros comme une tête d'adulte.

Bref la chirurgie conservatrice tant vaginale qu'abdominale subit à cette époque, en France tout au moins, une éclipse complète pendant plusieurs années.

Dans une troisième phase :

Dès 1864, avec Kœberlé et plus tard avec Péan (1869) et Pozzi (thèse d'agrégation 1875) commence une troisième période pour la technique opératoire des fibromes plus active et plus féconde. Cette chirurgie est devenue de plus en plus mutilante, en raison des cas, il est vrai, qui sont venus à elle; cas fréquemment compliqués, importants par un volume considérable, si bien que l'ablation de la totalité de l'organe et de ses annexes semblait être à leur égard la conduite la plus logique d'où le perfectionnement continu de la technique dans ce sens.

A) Énucléation par voie abdominale.

Pourtant la méthode observatrice presque oubliée, se manifestant seulement par des cas rares et isolés d'extirpation des fibromyomes seuls, sans enlever la matrice, semble à un moment vouloir renaître et la myomectomie abdominale ou énucléation transpéritonéale, effacée à côté de l'hystérectomie, sort de l'indifférence avec Spencer Wells en 1863, mais surtout grâce à Martin (de Berlin) qui en 1878 fait cette opération siennée par la façon dont il la règle, la précise, l'indique et l'applique. De propos délibéré, il entreprend d'énucléer un fibrome sous-muqueux qu'il ne parvenait pas à enlever par le vagin et y réussit. En 1884 il rapportait huit cas, et en 1890, 96 cas d'énucléations abdominales; en 1893, une statistique est publiée

portant sur 141 cas et ne relevant que quatre récidives. Notons dès à présent que Martin ne redoutait pas l'ouverture de la cavité utérine.

Ardemment convaincu, Martin suscite dans toute l'Allemagne des partisans nombreux.

En Hollande, Treub affirme, en 1899, que l'énucléation abdominale est une excellente opération que ne contre-indiquent ni le volume des tumeurs, ni l'ouverture de la cavité utérine.

L'Autriche, avec les chirurgiens de Vienne, la Russie, l'Angleterre, la Suisse, ne suivirent que de très loin.

En Amérique, quatorze ans plus tard, H. Kelly, de Baltimore se fait le défenseur enthousiaste de l'opération de Martin. Sur 97 énucléations abdominales, il ne signale aucun décès et trois récidives parmi les malades qu'il a revues. Il rapporte deux cas de myomectomies abdominales pratiquées sur utérus gravides, de deux et trois mois, avec grossesse continuant à évoluer jusqu'au bout et accouchements normaux. Kelly prétend avoir enlevé jusqu'à 17 noyaux dans une opération de ce genre.

En France enfin, le mouvement conservateur dans la chirurgie des fibromes ne commence qu'assez tard et ce n'est que vers 1890 qu'il semble devoir prendre des proportions importantes, car jusqu'ici, c'est le traitement radical qui a absorbé presque toute l'attention des chirurgiens français, de telle sorte que ce sont eux qui ont apporté la plus grande part dans le perfectionnement de l'hystérectomie abdominale totale.

De 1889 à 1891, on cite quelques opérations isolées dues à Pozzi, Jaboulay, Bouilly, Terrillon. En 1891 parut le mémoire d'ensemble sur la question, de Chevrier, inspiré par Doléris, qui accuse 16 % de mortalité et 2 % de récidence. Ce mémoire n'eut pas grand écho.

De 1891 à 1896, en France, le radicalisme opératoire le plus absolu se concentre sur l'hystérectomie abdominale totale; toutefois quelques rares cas d'énucléations abdominales (Pozzi, Potherat), la recommandation par quelques-uns de se servir de l'énucléation des fibromes comme temps préliminaire et auxiliaire du désenclavement dans l'hystérectomie abdominale (Pozzi, Richelot et Ricard), l'opinion de Péan grand partisan de l'énucléation par voie vaginale qui admet que devant la diversité des cas un seul procédé ne peut suffir —. Tous ces faits pouvaient déjà être considérés comme les signes avant-coureurs de la méthode conservatrice par voie abdominale en France.

En effet, en 1896, elle sort de cette période de silence et s'affirme à la suite des publications de Témoin (de Bourges).

Ce chirurgien pratiquait systématiquement l'énucléation chaque fois que celle-ci lui semblait possible. Il relate que sur trente cas de fibromes utérins extirpés avec conservation de la totalité ou presque totalité de l'utérus, il a noté vingt-neuf guérisons. Il a pu enlever ainsi des fibromes volumineux puisque l'un pesait dix-huit kilos. Toutes ses malades guérissent et ne présentent aucun trouble menstruel consécutif. Témoin

préconise la chirurgie conservatrice presque uniquement par voie abdominale, même pour les petits fibromes.

Cependant, à cette même date, l'hystérectomie abdominale arrive à son apogée.

Toutefois, Pozzi, dans son traité de gynécologie, consacre un chapitre important à l'énucléation abdominale, mais il réserve cette méthode à des cas très restreints de tumeur unique et facilement accessible. Plus tard, Tuffier déclare qu'il ne voit pas très bien pourquoi tous les opérateurs enlèvent systématiquement les ovaires et les trompes et qu'il ne croit pas que ces organes soient sans importance et d'utilité négligeable. Il invoque le mémoire de Jayle, sur les effets physiologiques de la castration ovarienne. Reclus se déclare de cet avis; enfin Tuffier conseille d'utiliser la section sagittale non hémorragique imaginée par Faure et portant seulement sur la paroi antérieure ou postérieure dans la recherche des noyaux fibreux à énucléer.

Donc on admet de plus en plus l'énucléation pour faciliter le dégagement au cours d'une hystérectomie pour fibrome enclavé et pour laisser indemne les annexes dans le but de la conservation de la fonction ovarienne.

L'antisepsie fait des progrès constants et malgré le nombre important de chirurgiens partisans malgré tout de l'hystérectomie abdominale (Terrier, Doyen, Jonesco, Legueu) la chirurgie conservatrice est défendue par Monprofit (d'Angers) par Hartmann, Richelot et Ricard.

En 1899, Blanc rapporte dans la *Loire Médicale* l'observation d'une malade à laquelle il enleva sept fibromes dont le plus gros avait le volume d'une tête d'enfant de deux mois. Malgré ces énucléations multiples, la muqueuse utérine fut respectée et la malade sortait guérie trois semaines après; deux ans plus tard, aucun incident n'était survenu.

Cette même année, Longuet dit dans sa thèse « il y a dans le traitement des fibromes deux grandes méthodes qui doivent marcher côte à côte, hystérectomie et chirurgie conservatrice ».

En 1900, Tuffier enlève huit fibromes sur un même utérus par énucléation abdominale.

Ferendinos, dans sa thèse, sur 290 cas d'énucléation abdominale relève neuf morts, soit 3,1 %, trois cas de récurrence et quatorze suivis de grossesse.

Enfin au dernier congrès international de médecine tenu à Paris, en août 1900, l'hystérectomie abdominale est moins discutée et Tuffier vient exposer sa technique et ses résultats et cite entre autres cas un cas où il a pu extraire dix-sept fibromes sur un même utérus.

b) Enucléation par voie vaginale

Nous avons laissé l'histoire de l'énucléation par voie vaginale en 1860 au moment où elle ne rencontrait plus nulle part aucun partisan. A côté des efforts de la chirurgie conservatrice abdominale, il faut noter

dès 1880 des tentatives pour remettre en honneur les anciennes méthodes vaginales. Emmet en Amérique et en France Péan, qui préconisent la myomectomie par voie vaginale avec morcellement pour des tumeurs volumineuses allant jusqu'à atteindre la grosseur d'une tête d'adulte. Bouilly, Championnière, Segond, se montrent partisans du procédé de Péan. Mais bientôt l'hystérectomie vaginale totale pour fibromes attire l'attention et l'opération de Péan tombe dans l'oubli.

Elle n'en est tirée qu'en 1897 par Segond qui préconise l'ablation vaginale des fibromes par morcellement grâce à une instrumentation nouvelle qui comprend, entre autres : la valve pubienne en S, le tire-bouchon et le couteau à double tranchant.

C'est vers cette même époque qu'un effort fut tenté pour une méthode indirecte, celle des ligatures vasculaires atrophiantes établissant autour de l'utérus, selon l'expression de Segond, une sorte de blocus systématique destiné à réduire les fibromes « par la famine ». Ce procédé préconisé en France par Hartmann et Fredet n'obtint qu'un accueil réservé auprès de la majorité des chirurgiens.

En résumé : Nous voyons que la chirurgie conservatrice a fait des progrès sans cesse croissants, faisant passer la chirurgie mutilatrice au deuxième plan, et celle-ci devient, au troisième Congrès international de chirurgie de 1900, la grande question du jour.

On discute alors non plus sur l'opportunité de la

myomectomie universellement reconnue, mais sur la meilleure voie d'accès à employer. Témoin, Monprofit, Tuffier, sont partisans de l'énucléation abdominale. Segond préconise la voie vaginale, et Dartigues décrit longuement dans sa thèse : l'énucléation et le morcellement des fibromes après hystérotomie uni ou bilatérale, antérieure ou postérieure, — et transvaginales, après incisions colpotomiques : antérieure, postérieure, latérale ou circulaire.

TECHNIQUE

Nous exposerons successivement quelques considérations sur les soins pré-opératoires et le choix de l'anesthésique; la technique de l'énucléation abdominale telle qu'elle est décrite actuellement et telle qu'elle a été modifiée récemment (Docteur Raymond Petit); la technique de l'énucléation vaginale.

Soins pré-opératoires.— Il faut prendre toutes les précautions d'asepsie usitées pour la laparotomie, et même plus minutieusement encore; en effet, les chances d'ouverture de la cavité utérine au cours de l'énucléation sont grandes; on fera donc précéder l'intervention d'injections vaginales quotidiennes pendant 3 semaines au moins, de façon à diminuer, dans la mesure du possible, l'infection intra-utérine existante; en cas de grosse métrite rebelle au traitement, la myomectomie est, bien entendue, contre-indiquée.

La dilatation préalable du canal cervical, en vue de faciliter le passage du drain, nous semble superflue; en effet, l'énucléation doit être avant tout une intervention bénigne, qui, comme nous le prouverons, peut

très bien présenter des suites normales, sans drainage d'aucune sorte. Si l'opération est longue et mutilante du fait du trop grand nombre de tumeurs à énucléer et que les chances d'infection sont telles qu'un drainage de la cavité utérine et du Douglas semblent nécessaires, il paraît logique d'avoir plutôt recours, dans ce cas, à l'hystérectomie.

On évitera d'opérer les fibromes chez les malades convalescentes de grippe, d'angine, ou de toute autre infection médicale qui favoriseraient, semble-t-il, la formation d'embolies. On étudiera avec soin l'appareil circulatoire des futures opérées. La coagulation du sang est-elle accélérée? Faisons précéder le traitement chirurgical d'une cure au citrate de soude; car il ne faut pas perdre de vue que l'intervention peut parfois se terminer par une hystérectomie.

Il faut tenir grand compte des troubles urinaires, même minimes; accusés par les malades. Il faut faire doser l'urée et les chlorures dans les urines; et, en présence de chiffres anormalement bas, demander un dosage de l'urée sanguine, et, souvent même, la constante d'Ambard.

L'étude systématique des fonctions urinaires est de la plus haute importance. Le Dr Chifoliau conseille de surseoir à l'opération en cas de chiffre d'urée sanguine dépassant 0 gr. 60, de mettre les malades au régime déchloruré ou lacté, et de n'intervenir que plusieurs jours, ou plusieurs semaines plus tard dans de meilleures conditions.

En un mot, l'examen détaillé de tous les organes s'impose. Le cœur, les poumons seront soigneusement auscultés, et, au besoin, radiographiés. On prendra la tension artérielle. Tous ces renseignements tirés de l'examen clinique joints aux chiffres fournis par le laboratoire, vont nous être d'une grande utilité dans le choix de l'anesthésique.

Anesthésie. — Chez les malades un peu obèses et facilement dyspnéiques, on utilisera le chloroforme. Aux malades jeunes, sans passé et sans lésions pulmonaires, on donnera l'éther. La rachianesthésie donne des résultats trop incertains pour que l'on puisse la conseiller. Chez les malades âgées, affaiblies, hypotendues, qui ont un taux élevé d'urée dans le sang, des antécédents hépatiques ou rénaux, le protoxyde d'azote s'impose; on a, ainsi, des suites anesthésiques parfaites.

TECHNIQUE DE L'ÉNUCLÉATION ABDOMINALE

A) Procédé classique.

Voici le procédé tel qu'il est classique de le décrire depuis 1908 (Tuffier, Pozzi). La malade étant anesthésiée et mise en position de Trendelenburg, on ouvre l'abdomen, on explore le petit bassin, on place la valve sus-pelvienne. On amène, dans la mesure du possible, à l'aide de crochets, l'utérus au dehors de l'abdomen; il est toujours préférable d'opérer hors du ventre.

On reconnaît l'état des annexes. On précise les caractères du ou des fibromes : leur forme, leur nombre, leur situation. On palpe l'utérus. On reconnaît les zones avasculaires antérieure et postérieure.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1. — TECHNIQUE HABITUELLE DE LA POLYPECTOMIE ABDOMINALE

A-t-on affaire à des fibromes pédiculés ? 2 subdivisions sont à faire, selon que le pédicule du polype est petit ou volumineux.

a) S'il est petit, on le traverse avec une aiguille armée d'un fil double, dont on lie les chefs à droite et à gauche du pédicule, solidement, en faisant un nœud de chirurgien. On sectionne le pédicule à un centimètre au-dessus de la ligature, et on passe le thermocautère sur la tranche de section. Certains auteurs suturent, par-dessus, le péritoine.

b) Le pédicule est épais. On le saisit avec de fortes pinces clamps, que l'on serre à fond, ce qui permettra déjà d'en réduire un peu le volume; on sectionne le corps fibreux à un travers de doigt au-dessus de leurs mors, et on enlève celles-ci. On place dans le sillon qu'elles ont tracé une série de points de sutures à la soie, et on recouvre en faisant un surjet sur la muqueuse. Si le pédicule est par trop épais, par une incision circulaire, on cerne la base d'implantation du fibrome sur l'utérus, et avec le doigt, on décortique le polype, dans

sa partie adhérente à l'utérus. La réunion se fera en plaçant des points profonds qui combleront la petite cavité, et un surjet superficiel sur la séreuse.

II. — TECHNIQUE DE L'ÉNUCLÉATION ABDOMINALE POUR FIBROMES INTERSTITIELS, SOUS-PÉRITONÉAUX SESSILES, SOUS-MUQUEUX SESSILES.

2 cas peuvent se présenter :

a) L'utérus forme un globe arrondi; on sent dans son centre une masse dure, plus ou moins limitable; ou bien, un corps utérin simplement augmenté de volume. L'utérus est fendu sur sa face antérieure, l'incision part au-dessous de la région du fond, et chemine le long de la ligne avasculaire. On arrive sur le fibrome, on l'explore. L'incision est agrandie pour permettre l'extraction facile de la tumeur. Les lèvres de la plaie sont écartées; le fibrome, maintenu par des crochets, est décollé des parois de sa loge, à l'aide du doigt et de la spatule, et extrait. Si le fibrome est latéral, on peut, par cette même incision antérieure, l'extirper, en l'attaquant de dedans en dehors. Ce temps opératoire est facile, bénin, et remarquable par l'absence d'hémorragie; aucune ligature n'est nécessaire.

b) Si les tumeurs sont multiples, intra-utérines, on pratique également une première incision sur la ligne avasculaire qui est plus ou moins sinueuse, et on attaque les fibromes, par cette incision, de dedans en dehors. On peut même attaquer un fibrome postérieur

par une incision antérieure transcavitaire. On est obligé souvent de pratiquer des incisions nombreuses, pour énucléer successivement tous les fibromes. Ici encore, aucune ligature n'est nécessaire; un simple tamponnement laissé pendant la durée de l'opération suffit.

On constate alors qu'au lieu de se trouver en présence de cavités béantes, le muscle utérin est revenu sur lui-même, et la perte de substance à combler devient minime; on évitera donc de réséquer la coque utérine.

La cavité utérine est-elle intacte, ou a-t-elle été ouverte?

Si elle n'a pas été intéressée, on ferme l'incision du muscle utérin en capitonnant la plaie; on prend toute l'épaisseur de la tranche de section. Puis on suture la séreuse.

Si la cavité a été ouverte, on draine. Un gros drain est placé dans l'utérus et sort par le vagin. Si l'opération a été laborieuse, on draine en outre le cul-de-sac de Douglas. On a refermé la plaie opératoire de la façon suivante : les points de suture profonds entrent sur le bord de la séreuse, cheminent sous la surface cruentée dans toute son étendue, et ressortent sur le bord de la séreuse du côté opposé, en évitant la muqueuse. Puis, on fait par-dessus le plan de Lembert au fil de lin. La paroi abdominale est suturée plan par plan. Dans les cas où l'opération serait particulièrement grave, on suture la plaie utérine à la paroi. L'opération est bien différente suivant que la cavité utérine a été

respectée, ouverte, ou même réséquée en partie; l'une est rigoureusement aseptique; l'autre presque à coup sûr septique, et la conduite à tenir, de même que le pronostic, sont différents.

B) Modifications apportées à cette méthode

(Docteur Raymond Petit).

Rappel Anatomique. — Si nous étudions la vascularisation de l'utérus, nous voyons que : l'artère utérine, branche de l'iliaque interne, aborde l'utérus en décrivant une crosse dont la convexité regarde le cul-de-sac latéral du vagin, et monte, très flexueux, le long du bord latéral de l'utérus; au niveau de l'angle supérieur de ce dernier, elle change de direction, devient horizontale et se termine sous l'ovaire, en s'anastomosant avec l'ovarique.

Dans cette portion, elle chemine entre les 2 feuillets du ligament large, englobée dans de larges plexus veineux et lymphatiques.

Les rameaux utérins qui en partent se distribuent au col et au corps. Les ramuscules qui vont au col sont remarquables par leur longueur et leurs flexuosités; avant d'arriver au col, ils se divisent en branches flexueuses, qui abordent l'utérus au niveau de ses faces antérieure et postérieure. Les rameaux du corps sont au contraire remarquables par leur brièveté. Dès leur origine, ils s'enfoncent dans le tissu utérin. De même que ceux du col, ils diminuent rapidement de

volume, de sorte qu'au niveau de la ligne médiane il n'existe plus que des ramuscules insignifiants, c'est pourquoi les sections médianes se font presque à blanc. Il est de plus important de noter que tous ces rameaux sont horizontaux, sans anastomoses verticales. Les veines et les filets nerveux correspondants ont une direction analogue.

Par conséquent : Il y a donc intérêt à attaquer la tumeur repérée, lorsque celle-ci est latérale, en faisant, à son niveau, une incision *horizontale*; on réduit ainsi les dégâts vasculo-nerveux; l'utérus est traumatisé au minimum, et l'on procède, ensuite, comme nous l'avons dit précédemment.

Il est bien évident : qu'en présence d'une tumeur rigoureusement médiane, on aura recours à une incision verticale, antérieure ou postérieure, le long des lignes avasculaires.

Qu'en présence d'un fibrome sous-péritonéal sessile, où il n'y a que la séreuse à inciser, l'incision sera tracée le long du plus grand axe de la tumeur.

Qu'en présence d'un fibrome inclus dans le ligament large, on incisera sur la tumeur, le plus près possible évidemment, mais le tracé tendra surtout à éviter les gros vaisseaux et l'uretère.

On recherchera avec soin au cours de l'énucléation si les vaisseaux, qui vascularisent le fibrome, ne pénètrent pas celui-ci par l'intermédiaire d'un pédicule; ce dernier, même minime, sera pincé et lié avec soin, au cours de l'intervention.

Le fibrome étant énucléé, on procèdera à la fermeture de la brèche de la façon suivante : un surjet au catgut fin sur la muqueuse. Puis, on procèdera au capitonnage de la loge ; ce point est capital ; il ne faut laisser aucun espace mort susceptible de devenir le point de départ d'un hématome, capable de s'infecter ; il importe donc que les fils prennent toute l'épaisseur du muscle incisé ; on le suturera au besoin en deux plans. On suture enfin la séreuse.

Aucun drainage n'est nécessaire. En effet, la myomectomie doit rester une intervention bénigne ; en cas de fibromes nombreux (plus de 5 ou 6 en moyenne), ou de grosse infection utérine, cas nécessitant un drainage indispensable, la myomectomie est formellement contre-indiquée.

Ajoutons que l'opération de l'énucléation abdominale est parfaitement praticable avec une incision des téguments, horizontale sus-pubienne.

TECHNIQUE DE L'ÉNUCLÉATION VAGINALE

1) Polypectomie vaginale, pour polypes fibreux au stade utéro-cavitaire ou utéro-vaginal :

Nous n'envisagerons que les petits polypes, apparaissant au museau de tanche ou dans le vagin.

Après antisepsie du vagin, la malade sera placée en position dorso-sacrée. On saisit le polype avec des pin-

ces, de manière à l'abaisser le plus possible, et on pratique plusieurs tours de torsion qui en amènent le détachement. Si le pédicule est plus considérable la torsion seule n'en vient pas à bout; l'index gauche, glissé sur la surface externe du polype, au besoin après dilatation, reconnaît l'implantation du pédicule, et avec de longs ciseaux courbes, on pratique une petite section, suivie d'une nouvelle torsion. On aide au détachement du pédicule, tout en favorisant l'hémostase.

Lorsque le polype naît au niveau du museau de tanche et se développe vers le vagin, l'extirpation est encore plus simple : après abaissement du col, torsion et section, ou petit évidement corôïde de la lèvre du col, avec un ou deux points de suture.

De même, c'est ainsi qu'on enlèvera les fibromes sessiles du segment inférieur et du col; les noyaux-parenchymateux du col et juxta-cervicaux situés au voisinage de l'isthme.

2) Enucléation transvaginale, par incision para-utérine ou colpotomique, pour fibromes sous-péritonéaux sessiles de la face postérieure de l'utérus :

Le col étant solidement maintenu et abaissé par une pince de Museux, et le périnée déprimé à l'aide d'une valve, on incise le cul-de-sac postérieur du vagin, puis le péritoine. L'utérus est alors basculé à l'aide d'une pince à mors plats, retourné, comme au cours d'une hys-

térectomie vaginale. On reconnaît le fibrome, situé souvent sur la face postérieure, près d'une corne; et on procède à l'énucléation.

On suture le péritoine par un surjet au catgut fin, puis le vagin; on place, pour celui-ci des points séparés ou en U, plutôt qu'un surjet, car la ligne de suture, intéressant, entre autres, les muscles constricteurs du vagin et releveur coccy-périnéal, serait susceptible de se rétracter en un moignon, qui pourrait devenir le point de départ de brides cicatricielles douloureuses. De cette façon, on ferme, ici encore, sans laisser de drain.

INDICATIONS ET RÉSULTATS DE LA MYOMECTOMIE

I. — Indications opératoires en général

La myomectomie doit avoir une large place à côté de l'ablation radicale de l'utérus; en présence de fibromes utérins, l'hystérectomie abdominale doit être l'opération de nécessité; dans tous les cas où elle est praticable, c'est à l'énucléation des fibromes avec conservation de l'utérus et des annexes qu'il faut avoir recours.

Il faut envisager la myomectomie chaque fois que l'on se trouve en présence d'une femme jeune, capable d'avoir ultérieurement des enfants, et chez laquelle une ménopause provoquée trop précocement, pourrait avoir, pour l'avenir, des conséquences fâcheuses.

On la tentera systématiquement en cas de fibrome unique, ou de tumeurs peu volumineuses, dont le nombre ne dépasse pas 5 ou 6 environ, pour des fibromes de dimensions moyennes, et si la muqueuse utérine ou les annexes ne sont pas trop profondément infectées.

II. — Indications de la voie d'abord

On interviendra, par voie abdominale, dans la grande majorité des cas :

Fibromes sous-péritonéaux, sessiles ou pédiculés; fibromes interstitiels; fibromes sous-muqueux; fibromes inclus dans le ligament large.

On réservera la voie vaginale, pour les cas suivants :

Polypes fibreux faisant plus ou moins saillie au museau de tanche; fibromes du segment inférieur, pédiculés ou sessiles, voisins du col et dépendant du col lui-même. Noyaux parenchymateux du col, et juxta-cervicaux au voisinage de l'isthme.

Toutefois, l'énucléation vaginale trouve encore son indication dans certains cas spéciaux tels que le suivant :

Dans le cas d'un petit fibrome, unique, dont la seule présence suffit à faire basculer l'utérus, latéralement le plus souvent. On s'assurera que cette bascule n'est pas le fait d'adhérences intestinales, en pratiquant un toucher vaginal sous écran radiologique, l'intestin grêle et le côlon, ayant été rendus opaques, au préalable, par l'administration d'un repas et d'un lavement bismuthés, — et, en mobilisant l'utérus, on s'assurera ainsi qu'il n'entraîne pas, dans ses mouvements, la masse intestinale. On peut, dans ce cas, atteindre le fibrome par une incision transversale du Douglas; l'intervention est rapide et bénigne.

Rouville (de Montpellier) s'exprime ainsi : « L'énucléation transvaginale n'est indiquée que pour de petits fibromes sus-vaginaux, antérieurs ou postérieurs, aisément accessibles après incision du cul-de-sac correspondant ».

L'opération de Segond (morcellement et extirpation de fibromes par voie vaginale, après hystérotomie uni ou bilatérale, antérieure ou postérieure) n'est plus guère pratiquée; outre qu'elle est souvent pénible, incomplète, elle expose aussi à des erreurs de diagnostic; Dartigues rapporte le cas de 2 pyosalpynx pris pour des fibromes, reconnus à l'intervention, et ayant nécessité une hystérectomie vaginale immédiate.

Enfin, dans certains cas limités, hauts situés, où l'on a le choix entre la voie vaginale et la voie abdominale, on préférera toujours la voie haute, où les cicatrices subissent moins de modifications dans les jours qui suivent l'opération.

III. — Observations

Voici les observations — inédites — de 21 malades, atteintes de fibromes utérins, suivies par nous; le docteur Raymond Petit a pratiqué chez elles l'énucléation, abdominale ou vaginale, et il nous a en communiqué les faits saillants, ce qui nous a permis de rédiger les comptes rendus qui vont suivre.

Enucléation abdominale.

Obs. n° 1 (Inédite). — *Myomectomie abdominale. Ablation d'un fibrome sous-péritonéal voisin de la trompe et d'un kyste salpingien. Guérison.*

Mlle S..., 32 ans, consulte le 18 mai 1924 pour des douleurs de la fosse iliaque droite, avec vomissements, survenues dans la nuit.

Rien à signaler dans les antécédents personnels.

Elle a perdu un frère de méningite et une sœur est morte de bacillose pulmonaire.

Réglée à 12 ans 1/2 elle a toujours eu des douleurs assez vives au début de chaque période. Les règles avancement de 6 à 10 jours, surtout depuis deux ans; elles sont abondantes et durent six jours en moyenne.

Pas de grossesse.

A l'examen on trouve une douleur au point de Mac Burney très caractéristique, réveillant des nausées. Il y a de la défense musculaire. La température ne dépasse pas 38° et le pouls bat à 108.

Le toucher vaginal montre un utérus un peu augmenté de volume; en explorant le fond et la face antérieure on perçoit une bosselure vers la gauche, assez sensible. Les annexes ne paraissent pas augmentées de volume, mais leur exploration à gauche réveille une sensibilité assez vive.

Rien à noter d'anormal du côté des autres appareils.

Opération le 20 mai 1924. Anesthésie générale à l'éther. Incision transversale sus-pubienne intéressant la peau et le tissu cellulo-adipeux. Laparotomie verticale sous-ombilicale après décollement du lambeau supérieur. On trouve l'appendice en position retro-cœcale ascendante, très adhérent au ca-

cum; ligature du méso qui est extrêmement court; résection de l'appendice, enfouissement du moignon.

Les deux ovaires sont normaux ainsi que les trompes; cependant il existe un petit kyste appendu à une frange du pavillon de la trompe gauche. On l'enlève après ligature du pédicule.

L'utérus présente, à sa face antérieure, assez près du fond et vers la gauche, un fibrome sous-péritonal situé entre l'insertion du ligament rond et l'origine de la trompe. Il est circonscrit par une incision elliptique à grand axe transversal et son ablation à la spatule est aisée. Suture du péritoine et des fibres musculaires utérines superficielles affrontant exactement les parois de la loge du fibrome. Suture du péritoine pariétal et de la paroi par plans successifs.

Suites opératoires normales, sans fièvre. Pas d'écoulement de sang par le vagin.

Les époques reviennent normalement sans avance; elles ne sont plus douloureuses au début comme précédemment.

La malade a été revue en janvier 1926, en très bon état et n'éprouvant plus aucun trouble ni aucune douleur.

Obs. n° 2 (inédite). — *Laparotomie sous-ombilicale. Appendicectomie. Ablation de 4 fibromes interstiels. Ablation des annexes droites. Guérison.*

Mme P... 36 ans, est examinée le 16 octobre 1925.

Antécédents personnels : rougeole dans la petite enfance. Tuberculose pulmonaire à 18 ans, traitée pendant 5 ans. — Hémoptysie et présence constatée de bacilles dans l'expectoration. — Fièvre typhoïde à 25 ans. — Hématurie après un accident d'automobile nécessitant un repos de trois semaines au lit.

Formation à 14 ans, les époques sont toujours précédées de

douleurs assez vives pendant 5 à 6 jours. Les règles sont très abondantes, avec expulsion de caillots. Le 3^e jour il y a toujours une interruption d'une journée, suivie d'une reprise de 3 jours.

Pas de grossesse.

Actuellement la malade souffre beaucoup plus chaque mois au point d'avoir dû recourir plusieurs fois à la morphine. Vomissements à chaque période depuis trois mois.

A l'examen on trouve la fosse iliaque droite très douloureuse. Il y a un peu de défense musculaire de ce côté.

L'auscultation des poumons décèle des lésions discrètes et cicatrisées des deux sommets en arrière.

Cœur normal.

Les mictions sont souvent très pénibles, sans signes de cystite.

Au toucher le cul-de-sac vésico-utérin est empâté et douloureux; on perçoit deux petites masses fibromateuses à la face antérieure de l'isthme. La face postérieure de l'utérus présente un fibrome du volume d'un gros œuf interstitiel, voisin du bord gauche.

Au début de novembre le point appendiculaire persiste très précis. L'ovaire droit est douloureux au toucher. Le fibrome postérieur gauche a notablement augmenté de volume. L'urine contient 12 centigrammes d'albumine par litre.

Les époques venant de prendre fin, la malade est opérée.

Anesthésie générale à l'éther. — Incision transversale sus-pubienne. Laparotomie verticale sous-ombilicale. On découvre d'abord un appendice long, en position rétro-cæcale interne ascendant d'abord puis descendant après un coude brusque. Il est vascularisé, très adhérent; son pédicule doit être lié en trois fois. Résection de l'appendice rempli de coprolithes; enfouissement du moignon. On trouve ensuite à la face postérieure de l'utérus, vers le bord gauche, un fibrome sous-péri-

tonéal du volume d'une orange, incomplètement pédiculé. Une incision elliptique à grand axe transversal circonscrit la base du fibrome qui est enlevé avec la plus grande facilité. Sutures exactes de la plaie avec affrontement minutieux du péritoine. Un second fibrome est trouvé au niveau de la corne droite de l'utérus, entre l'origine de la trompe et celle du ligament rond. Il est interstitiel et assez profond. Une incision transversale permet de le découvrir et on l'énuclée à la spatule de Tuffier. La cavité est bien affrontée par deux points profonds et un point superficiel au catgut. Ablation des anses droites. L'ovaire était très altéré et portait un kyste biloculaire du volume d'une mandarine, à contenu épais, hémorragique, analogue à du chocolat. Deux autres fibromes interstitiels mais peu profonds sont trouvés en avant de l'isthme et enlevés de la même façon. Suture du péritoine pariétal; suture de la paroi abdominale plans par plans.

Suites opératoires apyrétiques, sans incidents. Aucun écoulement de sang par le vagin jusqu'aux règles suivantes.

La malade est revue en février 1926. Les règles sont très régulières, un peu moins abondantes que précédemment. La première époque après l'opération a été précédée de coliques assez vives; mais les suivantes ont été complètement indolores. L'utérus est en position normale, souple et parfaitement mobile.

Obs. n° 3 (inédite). — *Stérilité; rétroversion. Laparotomie sous-ombilicale. Appendicectomie. Résection de l'ovaire gauche kystique. Enucléation de 2 fibromes sous-péritonéaux et d'un fibrome interstitiel. Guérison et accouchement normal l'année d'après.*

Mlle F... 31 ans, est examinée au début de juin 1922 pour des métrorragies avec douleur appendiculaire.

Rien à noter dans les antécédents. La formation a eu lieu à 12 ans 1/2. Règles régulières et normales.

Depuis dix-huit mois, les époques avancent de 6 à 8 jours à chaque période. Elles sont précédées de trois ou quatre jours de vives douleurs dans le bas-ventre. Les règles sont devenues beaucoup plus abondantes avec expulsion de caillots. Leur durée est prolongée. Après quatre jours de pertes assez abondantes, l'écoulement traîne encore six jours avant de se tarir.

Leucorrhée très abondante survenant vers le milieu du mois, avec douleurs à gauche.

Au début de mai 1922 elle a été prise de douleurs vives dans la fosse iliaque droite avec nausées, vomissements et élévation de la température à 38° 8. Elle a certainement fait à ce moment une crise d'appendicite qui a duré environ douze jours. On aurait d'ailleurs parlé à ce moment d'empatement de la fosse iliaque droite.

Actuellement, la malade se plaint encore d'un état nauséux, on réveille de la sensibilité à la pression dans la fosse iliaque droite qui n'est plus empâtée, mais où persiste un peu de défense musculaire.

Au toucher, combiné au palper, on perçoit un utérus un peu gros, qui semble rétrofléchi au premier abord mais un examen plus attentif montre qu'il existe un noyau dur, sans doute fibromateux, de la face postérieure de l'utérus. En outre les annexes gauches sont sensibles à la pression et augmentées de volumes.

Opération le 21 juin 1922. — Anesthésie générale au protoxyde d'azote sans éther. Laparotomie médiane verticale sous-ombilicale, après une incision basse transversale sus-pubienne.

Dès l'ouverture du péritoine on explore la région appendiculaire; l'appendice est très allongé, tortueux et vascularisé. Il est fixé par des adhérences en position rétro-cæcale ascendante. Résection de l'appendice après ligature du méso. Enfouissement du moignon.

En explorant le bassin, on voit que l'ovaire gauche est entièrement transformé en grappes microkystiques; l'un de ces kystes a pris plus de développement que les autres et atteint les dimensions d'une grosse prune. Ablation de l'ovaire gauche et en même temps d'un kyste végétant au niveau du pavillon de la trompe.

L'utérus présente un fibrome du volume d'une grosse noix, médian postérieur, simulant une rétroflexion; un autre fibrome également postérieur se trouve en arrière de la corne gauche, plus petit que le précédent. En avant de la corne gauche, il y a un troisième fibrome interstitiel alors que les autres étaient sous-péritonéaux, non pédiculés.

Incision sur chacun de ces fibromes, verticale pour celui qui est médian postérieur, transversale pour les deux autres. Enucléation des fibromes à la spatule, aucune ligature n'est nécessaire. Sutures accolant exactement les faces des loges laissées par les fibromes, suture du péritoine utérin; suture du péritoine pariétal; reconstitution de la paroi abdominale par plans successifs, sans drainage.

Les suites opératoires n'ont été marquées par aucun incident sauf un léger écoulement de sang vaginal le lendemain de l'opération, qui s'est arrêté le jour suivant.

Depuis les règles sont régulières, non douloureuses, sauf la première fois.

En 1923, la malade a fait une grossesse qu'elle a conduit à terme. L'accouchement a été normal ainsi que les suites de couches. Enfant bien conformé et bien portant.

Obs. n° 4 (inédite).— Stérilité. Laparotomie sous-ombilicale. Libération d'adhérences épiploïques. Ablation d'une grappe de kystes inclus dans le ligament large droit. Enucléation d'un fibrome interstitiel. Ligature de 2 pédicules vasculaires. Ouver-

ture de la cavité utérine. Guérison. Grossesse et accouchement normal l'année suivante.

Mme M. T... 33 ans, est examinée le 10 mai 1923, pour des métrorragies abondantes, avec douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Elle a été opérée en 1912 pour un kyste multiloculaire de l'ovaire droit, à loges nombreuses, extrêmement adhérent avec salpingite suppurée droite. Le kyste multiloculaire, l'ovaire et la trompe droite avaient été enlevés.

Formation à 14 ans, difficile, douloureuse. Les époques étaient très irrégulières, tantôt avançant de 6 à 10 jours, très abondantes, tantôt retardant de 10 à 15 jours ou même manquant un mois.

Pas de grossesse ni de fausse couche.

Histoire actuelle. — Depuis un an, la malade se plaint de douleurs dans le bas-ventre et dans le bas des reins. A deux reprises elle a présenté des phénomènes péritonéaux avec nausées sans vomissements; ballonnement du ventre; digestions lentes et pénibles.

Le ventre a grossi notablement depuis deux mois. Les règles sont très abondantes, avec des caillots volumineux; leur durée est prolongée jusqu'à dix et douze jours.

A l'examen, le ventre est sensible et météorisé. La douleur est maxima en bas sur la ligne médiane et un peu à droite. Cependant la douleur est nettement au-dessous du point de Mac Burney. Sensation de tiraillement douloureux dans le renversement en arrière.

Au toucher, le col paraît normal. L'utérus est augmenté de volume et irrégulier. On sent en avant de la corne droite une tuméfaction dure qui semble bien être un fibrome du volume d'une orange. En dehors de cette masse, vers le bord supérieur du ligament large, on perçoit une seconde masse moins volu-

mineuse et mollassse, qui paraît être indépendante de l'utérus.

Etat général assez bon. Constitution robuste.

On ne trouve aucune lésion du côté des autres appareils.

Urines normales. Pas d'élévation de la température.

Opération le 4 juin 1923. — Anesthésie au protoxyde d'azote sans addition d'éther. Laparotomie médiane verticale sous-ombilicale passant par la cicatrice de la première incision. La paroi abdominale était solidement reconstituée. Dès l'ouverture du péritoine, on constate que le grand épiploon est fixé en bas et à droite par des adhérences avec l'utérus et le ligament large. Résection de la majeure partie du grand épiploon, avec ligature en plusieurs pédicules. En libérant en bas les adhérences, on découvre dans le ligament large toute une grappe de kystes à parois minces et de dimensions variant d'une noisette à une prune. En outre il existe un fibrome de la grosseur d'une mandarine, situé en avant du moignon de la trompe droite. Le fibrome est interstitiel, non pédiculé, mais assez voisin de la surface de l'utérus. On commence par cliver l'ensemble de la masse des kystes qui sont enlevés après ligature de deux pédicules vasculaires assez importants. Péritonéalisation recouvrant ces pédicules.

Le fibrome est ensuite abordé par une incision verticale car il est un peu allongé de haut en bas et se trouve sur le bord droit de l'utérus. Enucléation du fibrome à l'aide d'une spatule mousse. Dans la cavité laissée par le fibrome on aperçoit deux artérioles saignant assez abondamment. En outre la cavité de l'utérus se trouve ouverte sur une minime étendue. Ligature des deux vaisseaux. Suture en bourse de la muqueuse utérine. Capitonage de la loge du fibrome par des points de catgut intéressant toute l'étendue des parois de la loge dont les faces se trouvent exactement accolées. Suture superficielle du péritoine. Le ligament rond est fixé sur la ligne de suture et aide à la péritonéalisation.

On verse, en terminant, vingt centimètres cubes de sérum de cheval chauffé dans le bassin.

Suture du péritoine sans drainage. Reconstitution de la paroi abdominale plans par plans.

Suites opératoires normales et apyrétiques. Le jour de l'opération écoulement de sang modéré, par le vagin. Deux injections par jour. Pansement vulvaire. Ablation des fils le 8^e jour. Réunion par première intention. Lever le 15^e jour.

La malade a été revue à plusieurs reprises, en très bon état. Elle n'éprouve plus aucun trouble et les époques sont très régulières.

Elle a commencé une grossesse à la fin de 1924; accouche à terme d'un garçon bien portant. Aucun accident. Depuis lors sa santé est restée excellente et elle peut vaquer à des travaux assez durs.

Obs. n° 5 (inédite). — *Rétroversion et latéro-version droite. Laparotomie sous-ombilicale. Appendicectomie et libération d'adhérences péricæcales. Ablation d'un fibrome sous-péritonéal et d'un fibrome interstitiel. Ouverture de la cavité utérine. Guérison. Grossesse et accouchement normal l'année suivante.*

Mme M... 35 ans, se plaint, au mois de juin 1920, de métroragies et de troubles digestifs.

Antécédents héréditaires. — Mère décédée d'une affection cardiaque.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, rougeole, coqueluche, scarlatine. Angine diphthérique à 14 ans.

Formation à 16 ans, assez difficile, irrégularités la première année. Les époques avancent ensuite de huit jours et sont généralement abondantes et assez douloureuses les premiers jours.

Grossesse. — Pas de fausse couche, une grossesse, normale comme évolution, à 22 ans; accouchement normal. Hémorragie abondante, à la délivrance.

Histoire actuelle. — Depuis deux ans la malade remarque que les époques se prolongent et sont plus abondantes que de coutume avec expulsion de caillots. Depuis un an les règles avancent de dix jours au moins. La malade se plaint de troubles digestifs, état nauséux le matin, digestions lentes, flatulences. Constipation assez accusée; il n'y aurait pas de selle quotidienne sans prise de médicaments.

A trois reprises depuis un an, la malade a ressenti des crises douloureuses dans le bas-ventre et la fosse iliaque droite. Ces crises s'accompagnaient de vomissements et d'un mouvement fébrile d'une durée de 5 à 12 jours. Depuis deux mois surtout elle accuse une sensation pénible dans la partie inférieure de l'abdomén, surtout à droite. Elle se plaint de ne pouvoir se redresser et se renverser en arrière sans exagérer cette douleur. Sensation de pesanteur dans le bassin avec douleurs lombaires.

Rien à noter du côté de l'appareil respiratoire ni de l'appareil circulatoire, sinon une tension à maxima un peu élevée. Urines normales. Foie normal, rate à peine perceptible. Au palper on constate une douleur diffuse dans l'hypogastre, la douleur devient beaucoup plus vive dans la fosse iliaque droite et atteint son maximum à la région appendiculaire.

Au toucher, l'utérus est en rétroversion avec déviation du fond vers la droite. Le col apparaît normal, un peu dur. Après réduction assez aisée de la déviation, on sent vers la corne droite en arrière une masse bosselée du volume d'une pomme d'apis, assez irrégulière, dure et sensible. Les annexes ne semblent ni augmentées ni douloureuses.

Opération le 11 juillet 1920. — Anesthésie générale à l'éther. Incision transversale sus-pubienne intéressant la peau et le

tissu cellulo-graisseux sous-cutané. Laparotomie verticale sous-ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine on constate que le grand épiploon est attiré en bas et à droite où il est fixé par des adhérences intimes avec le cæcum, la fosse iliaque et la zone correspondante de la paroi antérieure. On le divise en plusieurs pédicules, à sa partie moyenne et on résèque sa moitié inférieure. Les adhérences sont surtout accentuées avec le cæcum et l'appendice; elles sont libérées et chaque zone est soigneusement péritonéalisée. L'appendice est très volumineux et dilaté, plongeant dans la région lombo-iliaque où le fixent des adhérences très serrées. Résection de l'appendice, enfouissement du moignon et ligature du mésentère en trois pédicules.

On voit alors l'utérus rétrofléchi et latéroversé à droite. A sa face postérieure et vers l'abouchement de la trompe droite il existe deux fibromes; l'un externe supérieur est sous-péritonéal: incision et énucléation faciles. Sutures affrontant exactement les surfaces de la loge. Le second situé un peu plus bas et un peu en dedans est plus volumineux et interstitiel. Incision transversale sur son grand axe; on l'énuclée à la spatule mousse. Au cours de sa libération on arrive jusqu'à la cavité utérine qui est ouverte. Un surjet au catgut est placé sur la muqueuse utérine. Sutures profondes accolant les parois de la loge très exactement. Sutures superficielles du péritoine.

Fermeture de l'abdomen par plans successifs tamponnement vaginal non serré, pendant 24 heures. Ensuite injections vaginales deux fois par jour. Pendant les trois premiers jours qui suivirent l'intervention la malade perdit un peu de sang par le vagin, en minime quantité d'ailleurs.

Suites opératoires sans aucun incident.

Les douleurs abdominales et les troubles digestifs ont complètement disparu. Les époques sont régulières, les premières règles après l'intervention ont été assez douloureuses pendant les 2 premiers jours; depuis il n'y a pas eu de troubles.

En novembre 1921, la période menstruelle manque. Troubles sympathiques, modification du mamelon, de l'aréole et des tubercules. Puis la grossesse se confirme. Mouvements fœtaux et bruits du cœur perçus le 2 mars.

Accouchement normal, à terme, d'une fille bien portante; aucun accident à la délivrance ni pendant les suites de couches.

Actuellement la malade est dans un état de santé excellent.

Obs. n° 6 (inédite). — *Laparotomie sous-ombilicale. Appendicectomie. Ablation de 2 kystes dermoïdes de l'ovaire droit. Enucleation de 2 fibromes sous-péritonéaux non pédiculés. Guérison.*

Mme L... 37 ans, présente au mois d'août 1923, une crise de pelvi-péritonite diffuse dont l'origine, au moment du premier examen, est assez difficile à préciser. L'inflammation péritonéale n'est pas douteuse : léger ballonnement du ventre, élévation de la température à 38°8; nausées, vomissements. Au palper abdominal, on réveille une sensibilité très vive dans la région appendiculaire, avec défense de la paroi. Mais en réalité, tout le bas-ventre est rigide et douloureux.

Le toucher vaginal montre que l'utérus est fixé et douloureux; son fond ne peut être senti en raison de la contracture douloureuse de la paroi abdominale. Le cul-de-sac latéral droit est empâté et très douloureux à la pression.

Les époques ont paru pour la première fois à 14 ans, ont toujours été abondantes et très douloureuses. Elles avancent chaque mois de dix jours environ. Depuis un an, la malade est obligée de garder le lit pendant quatre jours à chaque période.

Elle a eu une grossesse suivie d'accouchement à terme, dans des conditions normales, il y a 14 ans. Pas de fausse couche. Il n'y a jamais eu de leucorrhée notable.

Repos au lit. Vessie de glace sur l'abdomen et diète.

Cette poussée de pelvi-péritonite s'est refroidie lentement en deux mois et demi.

Un nouvel examen le 22 octobre 1923 permet de faire les constatations suivantes : le ventre, encore ballonné, est beaucoup moins dur et presque indolore, sauf à droite où il persiste un peu de défense et une douleur précise au niveau de l'appendice. Au toucher vaginal combiné avec le palper, on perçoit un utérus gros et dur; il est mobile, mais sa mobilisation réveille des douleurs à droite. Le fond de l'organe est irrégulier et bosselé, sur la ligne médiane on a l'impression nette d'une petite masse fibromateuse à ce niveau. Le cul-de-sac latéral droit est occupé par une masse mollassse, de consistance irrégulière, qui paraît se prolonger en arrière du ligament large, et dont le volume rappelle celui d'une orange. La masse paraît allongée et ovoïde. Elle est très fortement fixée. Le côté gauche est peu sensible et ne paraît pas augmenté de volume.

L'aspect du col au spéculum est normal.

Après avoir laissé passer la période des règles, abondantes, avec expulsion de caillots, *on opère la malade* le 2 novembre 1923. Elle est absolument apyrétique depuis plus d'un mois. Anesthésie générale à l'éther. Incision transversale sus-pubienne, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Laparotomie verticale sous-ombilicale, après décollement du lambeau supérieur.

On trouve un appendice très allongé, en position oblique descendante interne. Sa surface est très vascularisée et son extrémité, turgescence et renflée. Des adhérences le fixent dans sa position et son méso, très court, semble rétracté. Libération des adhérences; ligature du méso en trois pédicules. Résection de l'appendice et enfouissement du moignon dans le cæcum après ligature.

On découvre alors, dans le côté droit du pelvis, deux kystes dermoïdes indépendants, juxtaposés, développés derrière le

ligament large aux dépens de l'ovaire droit prolabé. Leur ablation est extrêmement laborieuse en raison d'adhérences extrêmement solides. On parvient à les libérer avec la trompe et l'ovaire et l'ensemble est extirpé après ligature des pédicules vasculaires. Ces deux kystes ont un contenu épais, pâteux avec des poils longs et assez nombreux insérés sur des parties épaisses de la paroi. Il n'y a point de communication entre eux. Péritonéalisation soigneuse. Sur le fond de l'utérus, au voisinage de la ligne médiane on voit deux fibromes contigus, sous-péritonéaux mais non pédiculés. Une incision elliptique à grand axe vertical les circonscrit à la fois. Il est facile de les énucléer avec une spatule mousse. L'écoulement de sang est presque nul. La cavité résultant de leur ablation est exactement capitonnée par quatre points profonds au catgut qui amènent ses parois au contact sans laisser place à une accumulation sanguine. Sutures superficielles du péritoine entre les points profonds. Suture du péritoine pariétal et de la paroi abdominale plan sur plan.

Suites opératoires apyrétiques et très simples. Aucun écoulement sanguin vaginal n'a été observé dans les jours qui suivent l'opération. Les fils de la paroi sont enlevés le 8^e jour. A l'angle gauche de la suture, issue d'une petite quantité (environ 10 grammes) de sérosité huileuse. Drainage avec un faisceau de crins de Florence pendant quatre jours. L'écoulement est tari et la cicatrice est excellente.

Nous avons revu depuis la malade deux fois en 1924 et une fois en 1925. Elle est dans un excellent état. Les époques ne sont nullement douloureuses; elles avancent de deux jours seulement. Pas de caillots; perte de sang très modérée, beaucoup moins abondante qu'antérieurement.

Pas de grossesse.

Obs. n° 7 (inédite. — *Myomectomie abdominale. Enucléation de 2 fibromes sous-péritonéaux sessiles, de 2 fibromes interstitiels, d'un kyste salpingien. Guérison.*

Mme R... 38 ans, est examinée le 4 janvier 1924.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

Réglée à 11 ans 1/2, régulièrement, elle a toujours perdu beaucoup et chaque mois ses époques avancent de 6 jours.

Pas de grossesse ni de fausse couche.

Actuellement la malade se plaint de douleurs assez vives du côté droit du pelvis. Depuis plusieurs mois, elle souffre constamment des reins et localise sa douleur vers les symphyses sacro-iliaques, et ses douleurs sont beaucoup plus accentuées au moment des époques. Celles-ci avancent de 8 à 10 jours; elles sont très abondantes, avec issue de gros caillots. La malade se sent affaiblie après chaque époque. La durée des règles est augmentée; elle a d'abord perdu pendant une dizaine de jours et depuis deux mois elle perd constamment entre deux époques, tantôt un liquide rosé, tantôt du sang.

Elle n'a jamais présenté de leucorrhée.

Aucun trouble urinaire; analyse d'urine sensiblement normale.

Rien à noter du côté des appareils respiratoire et circulatoire.

Appareil digestif normal, sauf une constipation assez marquée.

Au toucher on sent un utérus fibromateux; la masse fibreuse paraît s'être développée vers le côté droit du fond de l'utérus qui est du reste sensible. Il semble que ces fibromes soient surtout sous-péritonéaux et dépendent de la face antérieure. On perçoit peu distinctement les annexes droites, qui semblent cependant sensibles et un peu augmentées de volume.

La malade est revue le 31 janvier 1924 immédiatement après les règles qui ont été franchement hémorragiques et ont nécessité le repos au lit. L'examen ne montre aucune modification locale. La cavité utérine mesure 9 centimètres.

Etat général un peu anémié. Etat nerveux assez marqué.

Opération le 3 février. — Anesthésie générale à l'éther. Incision transversale sus-pubienne dans le pli de flexion cutané. Décollement du lambeau supérieur. Laparotomie verticale sous-ombilicale. Après avoir refoulé l'intestin par des compresses abdominales, on voit et on extériorise un utérus fibromateux. Trois fibromes sont développés aux dépens de la face antérieure de l'utérus dans sa moitié droite; deux d'entre eux sont sous-péritonéaux et juxtaposés en avant de la corne droite de l'utérus; ils sont sous-péritonéaux et sessiles. Une incision horizontale elliptique les circonscrit, ménageant un peu du péritoine qui les recouvre. Ils ne pénètrent pas profondément dans le muscle utérin et sont aisément extirpés sans hémorragie importante. La cavité laissée par leur ablation est capitonnée au catgut et le péritoine suturé par un surjet au catgut fin. Un troisième est situé plus bas et plus en dedans, moins volumineux; il est interstitiel. On le découvre par une incision transversale et son énucléation à la spatule mousse se fait sans difficulté. La cavité est exactement affrontée par des points capitons au catgut; suture du péritoine. Sur la face postérieure, à peu de distance du fond de l'utérus, on trouve un quatrième fibrome interstitiel du volume d'une noix. Incision verticale, énucléation facile. Capitonnage.

L'opération se termine par l'ablation d'un kyste longuement pédiculé du pavillon de la trompe droite.

Les suites opératoires ont été apyrétiques. La malade a présenté un léger suintement sanguin vaginal le lendemain et le surlendemain de l'opération. Réunion par première intention.

Depuis lors, les règles ont été parfaitement régulières et non

douloureuses et la malade ne présente aucun trouble. L'utérus est en bonne position, non douloureux à l'examen; sa forme paraît régulière. L'écoulement sanguin périodique est beaucoup moins abondant.

Obs. n° 8 (inédite). — *Laparotomie sous-ombilicale. Appendicectomie. Ablation de 2 fibromes sous-péritonéaux sessiles situés sur la face antérieure de l'utérus. Guérison.*

Mlle G... 43 ans est examinée le 30 octobre 1922.

Antécédents héréditaires : son père est décédé d'une affection hépatique.

Antécédents personnels : à 14 ans, trépanation de l'apophyse mastoïde pour mastoïdite suppurée.

Réglée à 11 ans, régulièrement, avec une avance constante de huit jours. Règles toujours abondantes.

Actuellement elle a ressenti il y a 15 jours des élancements dans la fosse iliaque droite; elle a eu un vomissement le premier jour. Depuis elle conserve un état nauséeux.

L'examen révèle un point douloureux, bien localisé au point de Mac Burney. Il y a de la défense musculaire à ce niveau. La douleur est subitement accentuée par la décompression en retirant la main qui palpe. L'utérus paraît un peu gros et irrégulier sur sa face antérieure. Il est mobile et en position normale.

L'examen radioscopique fait par le Dr Guilbert, après un repas bismuthé, donne les résultats suivants : la malade avait pris du bismuth avant l'examen et avait eu des évacuations alvines dans la journée. Malgré cela, le cæcum et le côlon ascendant apparaissent nettement. Le cæcum est petit, contracturé, sensible au toucher et immobile à la pression. Une prise de bismuth est donnée sous l'écran; l'estomac apparaît nor-

mal, mais légèrement ptosé. L'examen des divers appareils ne montre rien d'anormal.

Opération le 6 novembre 1922. — Anesthésie au protoxyde d'azote. Incision transversale sus-pubienne; laparatomie médiane sous-ombilicale. On découvre un cæcum libre avec un appendice très allongé, très vascularisé. Sa surface est dépolie. Il présente un renflement en fuseau dans sa partie moyenne. Résection de l'appendice et ligature du méso. Enfouissement du moignon appendiculaire dans le cæcum.

On examine les annexes qui sont en bon état des deux côtés. L'utérus est un peu gros et sa face antérieure est déformée par deux fibromes, l'un du volume d'une noisette, l'autre atteignant celui d'une grosse noix. Ces deux fibromes font saillie et sont assez voisins du péritoine. Ils sont situés sur la ligne médiane, l'un au-dessus de l'autre. Une incision verticale conduit sur les deux tumeurs qui sont facilement énucléées à la spatule mousse de Tuffier. Perte de sang insignifiante. Des sutures au catgut capitonnent les deux cavités, en évitant tout espace mort. L'hémostase est parfaite. Suture du péritoine. Sutures de la paroi abdominale par plans.

Aucun incident dans les *suites opératoires*. Il y a eu seulement un léger suintement sanguin dans le vagin durant la journée qui suivit l'opération.

La malade a été plusieurs fois revue jusqu'à ce jour. Ses époques restent régulières, d'abondance très modérée. L'avance n'est plus que de trois jours chaque mois. On n'observe pas encore de signes précurseurs de la ménopause. Etat général très satisfaisant.

Obs. n° 9 (inédite). — Laparotomie sous-ombilicale. Ablation d'un fibrome pédiculé tordu, des annexes gauches (hématosalpyx; kystes ovariens nombreux); d'une bride de Lane. Guérison. Grossesse consécutive, mais accouchement prématuré.

Mme G... 37 ans, est examinée le 14 octobre 1923.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires ou personnels.

Elle a été réglée à 15 ans d'une façon régulière, avec des retards pendant les 5 premières années. Les époques étaient toujours très douloureuses et nécessitaient le repos au lit pendant les deux premiers jours.

Aucune grossesse.

Histoire actuelle. — Depuis quelques années elle ressent une grande sensibilité dans le bas-ventre. Depuis juillet 1923 cette sensibilité est devenue une douleur assez aiguë, très augmentée par la marche, les secousses, l'éternuement.

Crampes d'estomac, avec troubles dyspeptiques. Constipation opiniâtre.

Rien à noter du côté des divers appareils, respiratoire, circulatoire, urinaire. L'analyse montre des urines sensiblement normales.

Examen gynécologique. — Au palper on sent une volumineuse tumeur occupant toute la partie inférieure du ventre et remontant au delà de l'ombilic. Au toucher combiné avec le palper on se rend compte qu'il s'agit d'une tumeur solide, développée aux dépens de l'utérus et qui se déplace avec lui. Le col est allongé. Son orifice est petit et fermé. Cependant on sent très nettement le pous vaginal. L'hypothèse d'une grossesse est envisagée et écartée pour les raisons suivantes : dernières règles normales le 9 octobre; pas de bruits fœtaux ou placentaires à l'auscultation; pas de modification des seins; pas de troubles sympathiques.

Le diagnostic de fibrome est posé, avec réserve pour la possibilité d'une tumeur sarcomateuse. L'opération ne put être faite comme il en avait été décidé, des règles très abondantes hémorragiques étant survenues en avance.

Opération le 13 novembre 1923. — Anesthésie générale à l'éther. Incision transversale sus-pubienne dans le pli de flexion

de la peau. Laparotomie verticale sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine il s'écoule environ trois cents grammes de liquide séreux rosé. On voit immédiatement un volumineux fibrome, aplati, plongeant par son pôle le plus gros dans la fosse iliaque droite et remontant sur la ligne médiane au-dessus de l'ombilic. Il est parcouru de très volumineuses veines, véritables sinus, du volume de l'index. Le fibrome est luxé hors de l'abdomen et entraîne l'utérus, un peu augmenté de volume. Il se fixe sur le fond de l'utérus; près de la corne droite, en avant de l'embouchure de la trompe, par un pédicule haut de trois centimètres sur deux de large. Il est tordu d'un quart de tour sur son pédicule, dans le sens des aiguilles d'une montre. Une incision horizontale elliptique circonscrit le pédicule; le fibrome est enlevé avec une petite portion cunéiforme de la portion correspondante du muscle utérin. Ligature préalable et résection de volumineux paquets veineux formant jusque dans le ligament large un véritable varicocèle pelvien. Sutures exactes et bien étanches de la plaie utérine et du péritoine utérin. La suture est masquée par fixation au devant d'elle du ligament rond, nettement allongé. Ainsi se trouve réalisée une excellente péritonéalisation. La trompe gauche présentait un petit kyste pédiculé du pavillon; elle est renflée en son tiers externe et présente le volume d'une amande verte. Il y a là un hémato-salpynx. L'ovaire gauche n'est plus représenté que par un amas de kystes de volumes divers. Résection de la trompe et de l'ovaire gauche.

Au moment de refermer l'abdomen on constate l'existence d'une bride de Lane, membraneuse et résistante unissant le côlon descendant et le côlon pelvien et produisant une coudure assez accusée. Résection de cette bride et péritonéalisation soigneuse des deux portions intestinales sur lesquelles elle s'insérait.

Suture du péritoine et de la paroi abdominale plan par plan sans drainage.

Le soir de l'opération suintement sanguin très léger par le vagin. Ce suintement a continué pendant deux jours et demi.

La température est montée à 38° pendant les trois premiers jours, pour retomber à 37° après la première selle. — Suites opératoires simples et sans incidents. La malade s'est levée le 15^e jour et a regagné son domicile le 20^e jour.

Nous l'avons revue le 29 octobre 1924, enceinte de 5 mois. Elle nous signale que depuis l'opération ses selles sont régulières et faciles, sans qu'il soit besoin d'user d'aucun laxatif; au 7^e mois de sa grossesse, après un voyage long et fatigant (14 heures de chemin de fer et trois heures de voiture) elle a accouché avant terme d'un enfant bien constitué qui a succombé au bout de 36 heures.

Obs. n° 10 (inédite). — *Laparotomie sous-ombilicale. Appendicectomie. Ablation d'un petit kyste appendu au pavillon d'une trompe. Enucléation de 3 fibromes interstitiels. Guérison.*

Mme P... 34 ans, est examinée le 17 décembre 1924.

Antécédents personnels : rougeole dans l'enfance.

Antécédents héréditaires : Père mort d'un néoplasme du foie; mère morte de tuberculose pulmonaire.

Formation à 13 ans. Règles régulières d'abord, avançant de 6 jours chaque mois.

Mariée depuis 5 ans la malade eut il y a 3 ans un retard de trois semaines, suivi d'une perte abondante avec caillots. Elle pense avoir fait une fausse couche.

Depuis 3 ans, la malade se plaint de douleurs de ventre qui reviennent par crises; la dernière, la plus violente, a eu lieu il y a 15 jours, elle s'est accompagnée d'une véritable métrorragie, très abondante avec gros caillots.

Etat nauséux le matin au réveil avec sensation de fatigue et de douleur dans le bas des reins.

Rien à noter du côté de l'appareil respiratoire ni de l'appareil circulatoire.

Appareil urinaire : les mictions sont pénibles, douloureuses, suivies d'épreintes. Rien à signaler dans les urines. La malade se plaint de céphalées fréquentes. Elle accuse en outre une sensation de pesanteur pénible dans le bassin et vers le périnée.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal révèle les lésions suivantes : le col ne paraît pas modifié, mais au voisinage de l'isthme, on sent dans le cul-de-sac antérieur, en arrière de la vessie une série de nodosités dures, arrondies, immobiles sur l'utérus, se mobilisant en même temps que le col et qui paraissent être des fibromes utérins voisins du revêtement séreux. Leur volume varie d'une noix à une noisette. L'exploration en est assez sensible et détermine de faux besoins d'uriner. Le corps utérin est un peu augmenté de volume et légèrement plus courbé en avant qu'à l'état normal.

Vers la droite on perçoit un fibrome plus volumineux, de la grosseur d'une mandarine. Il paraît sous-péritonéal, développé aux dépens de la face postéro-latérale droite, mais non pédiculé. Il suit l'utérus dans les mouvements qu'on imprime au col.

Les annexes paraissent normales et non douloureuses. Cependant à droite elles sont assez difficilement accessibles.

Au spéculum le col présente un aspect normal pour une nulipare : orifice arrondi, pas d'exulcérations. La cavité utérine mesure 8 centimètres à l'hystéromètre.

Opération le 27 janvier 1925. Anesthésie générale à l'éther. Incision transversale sus-pubienne; laparotomie verticale sous-ombilicale. On trouve d'abord l'appendice enfoui dans une fossette rétro-cæcale très fermée dont la paroi antérieure tire et coude nettement la terminaison de l'iléon. Il est impossible de dégager l'appendice du fond de cette fossette. Le péritoine qui forme sa paroi antérieure et constitue une véri-

table bride coudant le grêle est sectionné d'une part au ras du grêle et au ras du cæcum; on enlève cette portion et une péritonéalisation exacte est faite sur le grêle et sur le cæcum. L'appendice tuméfié, scléreux et très adhérent, avec un méso court est réséqué et le moignon invaginé dans le cæcum.

On examine alors les annexes : à gauche on enlève un kyste de la grosseur d'un noyau de cerise, appendu aux franges du pavillon de la trompe; à droite les annexes sont saines. Le fond de l'utérus est saisi avec une pince mousse et l'organe est attiré en haut et en avant. On voit d'abord un fibrome postéro-latéral droit de la grosseur d'une mandarine qui sans être sous-péritonéal n'est pas très éloigné de la surface. Une incision transversale sur le milieu de la tumeur divise le péritoine et environ un centimètre d'épaisseur de la paroi musculaire : le fibrome apparaît à nu. Une longue spatule mousse de Tuffier est engagée dans le plan de clivage et contourne la tumeur qui est aisément énucléée. Ecoulement de sang très peu important. La cavité laissée par le fibrome est soigneusement capitonnée par des points de catgut qui en accolent exactement les parois; suture du péritoine au catgut fin. On trouve ensuite au niveau du cul-de-sac vésico-utérin deux fibromes, le gauche plus volumineux que le droit. Une incision transversale du péritoine et de quelques fibres musculaires permet de voir et d'énucléer sans difficulté, à la spatule, ces deux fibromes. L'écoulement de sang est insignifiant. Capitonnage vertical des deux petites loges au catgut; suture du péritoine. On ne sent pas d'autres fibromes au palper de l'utérus. L'opération terminée, l'utérus paraît beaucoup moins fléchi en avant.

Suture du péritoine. Sutures de la paroi plans par plans. Suites opératoires très simples. Réunion par première intention.

Bien qu'il n'y ait pas eu d'ouverture de la cavité utérine la malade a perdu un peu de sang le soir de l'opération et le lendemain.

Levée le 14^e jour, la malade rentre chez elle le 17^e jour.

Depuis cette époque les règles sont régulières, d'abondance très modérée durant 4 jours, et à peu près indolores. L'utérus est en position normale en janvier 1926.

Obs. n° 11 (inédite). — Myomectomie abdominale. Ablation de 5 fibromes de la face postérieure de l'utérus. Guérison. Grossesse normale consécutive.

Mme S... 34 ans, est examinée le 18 décembre 1923.

Dans ses antécédents personnels nous relevons une arthrite traumatique du pied droit il y a 7 ans. Aucune trace de lésion bacillaire. Troubles dyspeptiques avec brûlures et flatulences, sans nausées ni vomissements depuis une dizaine d'années.

Elle a été formée à 12 ans. Les règles jusqu'à vingt-deux ans n'ont paru que pendant l'hiver : elles ont fait défaut pendant les mois d'été.

La malade a un fils âgé de 17 ans, né à terme et bien portant. Il y a 4 ans, les époques ont avancé régulièrement de 9 à 10 jours chaque mois; elles sont devenues très abondantes, vraiment hémorragiques avec expulsion de gros caillots foncés. Cet état a duré six mois puis les époques, tout en restant profuses et douloureuses n'ont plus présenté que 5 jours d'avance.

Actuellement, la malade se plaint de douleurs dans la région sacro-iliaque, plus marquées au moment des époques, obligeant le repos au lit pendant huit jours à chaque période. Pertes hémorragiques avec caillots. Tout effort, toute fatigue provoque une apparition plus prématurée des règles, surtout depuis trois mois. Sensation de pesanteur rectale avec atonie et constipation opiniâtre. Pas de troubles de la miction. Urines à peu près normales.

Etat nerveux, neurasthénique très marqué. La malade est hantée par le désir d'une nouvelle maternité, qui tend à l'idée fixe.

Rien à noter du côté des divers appareils, sauf quelques palpitations de cœur, sans lésion du reste, et des troubles digestifs d'origine utérine.

A l'examen, on trouve un utérus antéfléchi et gros, mesurant à l'hystéromètre 8 centimètres. Le col n'est pas très dur; il est entr'ouvert et non ulcéré; on voit quelques œufs de Naboth sur les deux lèvres.

A la face postérieure de l'utérus, partie moyenne, on délimite une masse fibromateuse formée de plusieurs corps fibreux sous-péritonéaux, paraissant avoir une assez large surface d'implantation sur l'utérus et descendant au voisinage du cul-de-sac postérieur. Des brides fibreuses à ce niveau gagnent la face antérieure du rectum, dont les parois ne semblent pas altérées.

Opération le 20 décembre 1913. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale avec incision cutanée transversale sus-pubienne et décollement d'un lambeau supérieur.

On trouve une masse fibreuse médiane à la face postérieure de l'utérus. Elle est constituée par quatre fibromes qui font ensemble le volume d'une grosse orange. Des adhérences en arrière existent avec le rectum, mais elles sont assez lâches et faciles à libérer. L'implantation sur l'utérus est haute de trois travers de doigt environ. L'utérus et la masse fibreuse sont attirés en haut et en avant; les annexes ne présentent pas de lésions. Une incision elliptique à grand axe vertical circonscrit la zone d'implantation et permet d'enlever la masse fibromateuse. Dans la plaie ainsi faite on sent un cinquième fibrome du volume d'une prune et interstitiel. Incision du muscle utérin jusqu'au fibrome; énucléation simple de ce dernier à la spatule. Très peu d'écoulement sanguin. Capitonnage soigné de la cavité laissée par le fibrome avec du catgut n° 2, de façon à bien adosser les parois sans laisser d'espace mort. Su-

ture du péritoine. Péritonéalisation de la face antérieure du rectum au niveau de la zone d'adhérence. L'opération terminée on verse dans la cavité de Douglas vingt centimètres cubes de sérum de cheval chauffé avant de refermer la paroi abdominale plan par plan.

Le lendemain de l'opération la malade a perdu un peu de sang par le vagin pendant 48 heures. Injections vaginales antiseptiques deux fois par jour.

Suites opératoires des plus simples; réunion par première intention. La malade se lève le 15^e jour et rentre chez elle huit jours après.

Revue en juillet 1924 elle commence une grossesse dont l'évolution a été parfaitement normale. Elle a accouché à terme d'une fille bien constituée, sans aucun incident.

Obs. n° 12 (inédite). — Myomectomie abdominale. Ablation d'un fibrome interstitiel sphacélé, accompagné de torsion utérine Guérison.

Mme J... 36 ans, est examinée le 18 décembre 1922 pour des hémorragies utérines abondantes et répétées.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels, en dehors des petites maladies de l'enfance.

Elle n'a été formée qu'à 18 ans, mais sans incidents et régulièrement; elle avait en général 8 jours d'avance.

Pas de grossesse.

Depuis 5 ans les règles avancent davantage et sont douloureuses. Elles s'accompagnent d'assez vives coliques utérines. La malade perd des caillots en assez grande abondance et l'époque se prolonge pendant 8 à 10 jours. Douleurs de reins. Pas de leucorrhée.

Actuellement, depuis deux mois, la malade se plaint de douleurs vives dans le bas-ventre, qui reviennent par crises et

s'accompagnent d'un état nauséux et même de vomissements.

Les dernières règles qui viennent de se terminer ont été l'occasion d'une crise plus forte; la malade a eu une véritable hémorragie et continue de souffrir depuis.

A l'examen on trouve un gros utérus qui présente sur la droite une bosselure paraissant plus grosse que le poing, douloureuse et de consistance fibreuse.

Les annexes sont difficiles à percevoir.

Aucune douleur dans la région appendiculaire.

L'état général est bon, mais la malade est assez anémiée par les hémorragies successives.

Le diagnostic de fibrome est porté, avec quelques réserves en raison des crises douloureuses et de la sensibilité persistante. Examen des urines : normal.

Opération le 27 décembre 1922. — Anesthésie générale au protoxyde d'azote. Incision transversale sus-pubienne; décollement d'un lambeau supérieur; laparotomie verticale sous-ombilicale. A l'ouverture du péritoine on constate un peu de liquide légèrement rosé. Aucune adhérence pelvienne.

L'utérus présente à droite un fibrome dépassant le volume du poing; en examinant on se rend compte qu'il dépend de la face postérieure de l'utérus et tend à devenir sous-péritonéal; mais il a basculé à droite, entraînant avec lui l'utérus dans un mouvement de torsion qui met sa face postérieure à droite. Les annexes sont normales.

Après avoir opéré une détorsion d'un quart de tour on extériorise l'organe. Une incision transversale sur le milieu de la tumeur traverse le péritoine et environ deux centimètres de paroi musculaire très congestionnée et nettement cedémateuse. Enucléation facile de la tumeur à l'aide de la spatule mousse de Tuffier. Il reste une large cavité, qui n'intéresse pas la muqueuse utérine. Elle est comblée par un soigneux capitonnage au catgut qui accole exactement les parois. L'écou-

lement sanguin, assez abondant au moment de l'incision, s'arrête de lui-même après l'énucléation. Pas de gros vaisseaux à lier. Suture du péritoine. Sutures de la paroi abdominale par plans successifs.

Le fibrome incisé présente une masse centrale en plein sphacèle, ne laissant autour de lui qu'une épaisseur de deux centimètres de fibrome normal.

Suites opératoires simples. Aucune élévation thermique importante, le maximum a été 38° pendant les quatre premiers jours.

Petit suintement sanguin par le vagin le soir de l'opération et les deux jours suivants.

Réunion par première intention.

La malade se lève le 15^e jour et rentre chez elle le 17^e jour.

Nous l'avons revue un an après. Les règles sont normales non douloureuses. L'utérus est en bonne position.

Obs. n° 13 (inédite). — *Laparotomie sous-ombilicale. Appendicectomie. Cautérisation de microkystes ovariens bilatéraux. Enucléation de 7 noyaux fibreux. Guérison partielle.*

Mme J... 30 ans, de constitution assez frêle, vient consulter en juillet 1923 pour des époques devenues très abondantes et surtout extrêmement douloureuses.

Antécédents personnels : diphtérie grave à 8 ans. Rougeole à 11 ans. Anémie assez marquée vers 16 ans, on aurait craint à ce moment des lésions pulmonaires ?

Antécédents héréditaires : arthritisme et rhumatisme du côté paternel et du côté maternel. La mère a eu des coliques néphrétiques et a été opérée d'un fibrome utérin.

La malade a été formée à 12 ans; l'établissement des règles a été très douloureux. Les époques sont toujours accompagnées d'expulsion de caillots et avancent de 4 à 5 jours.

Pas de grossesse, ni de fausse couche.

En 1912 elle a eu, en décembre, une crise d'appendicite bien nettement caractérisée, avec fièvre et vomissements; elle a dû garder le lit trois semaines. Depuis elle conserve des troubles digestifs, de la douleur persistante dans la fosse iliaque droite sans empâtement ni défense musculaire. Les règles depuis le début de l'année sont devenues vraiment très abondantes et prolongées. Elles reparaissent tous les 20 jours et s'accompagnent de douleurs, à droite principalement dans la région annexielle. A ce moment il y a un état nerveux très accusé, avec violentes céphalées occipitales et état nauséux. Après l'époque, la malade se plaint d'une sensation de vide cérébral avec perte de mémoire.

A l'examen, on trouve une douleur précise au point appendiculaire; en descendant vers la région annexielle droite on réveille un nouveau foyer douloureux.

Le toucher combiné au palper montre une rétroversion non adhérente. La face postérieure de l'utérus est mamelonnée, irrégulière. On y perçoit une série de bosselures dures, fibromateuses, de volume variant d'une noisette à une noix.

L'opération, faite le 28 juillet 1923, montre après une laparotomie médiane sous-ombilicale avec incision cutanée transversale sus-pubienne les lésions suivantes.

Le cæcum est dilaté; la terminaison de l'iléon lui est parallèle, maintenue dans cette position par le feuillet péritonéal rétracté de la fossette iléocæcale. C'est au-dessous que s'engage l'appendice qui a contracté des adhérences assez serrées. Résection de la bride. Résection de l'appendice, enfouissement du moignon. Le méso appendice a dû être lié en 4 pédicules du fait des adhérences. Deux ganglions hypertrophiés sont enlevés.

L'utérus est extériorisé. On détruit par cautérisation des microkystes des deux ovaires (scélérokystiques). A la face postérieure de l'utérus, on trouve cinq noyaux fibreux inters-

titels, trois à peu près médians, deux voisins de l'autre en arrière de la trompe. Les trois premiers sont enlevés par une seule incision médiane verticale. Les deux derniers sont abordés par une incision unique transversable et énuclées. Il n'y a pas eu d'écoulement de sang appréciable. Sutures exactes des loges et suture du péritoine. A la face antérieure de l'utérus on trouve à droite deux noyaux fibromateux, beaucoup moins gros (volume d'un haricot) sous-péritonéaux, non pédiculés. Deux incisions elliptiques horizontales les circonscrivent et leur énucléation s'opère facilement. Sutures du péritoine et de la paroi musculaire.

Reconstitution de la paroi abdominale plans par plans. Ecoulement léger de sang pendant les deux premiers jours. Elimination d'une petite collection huileuse à l'extrémité droite de la cicatrice. Drainage aux crins pendant cinq jours. Réunion parfaite avec une bonne cicatrice. Depuis cette époque, les règles sont régulières comme abondance mais les périodes restent assez pénibles le 1^{er} jour et tous les deux ou trois mois la malade accuse encore des céphalées occipitales et de la nervosité excessive.

Obs. n° 14 (inédite). — *Laparotomie sous-ombilicale. Énucléation de 3 fibromes sous-péritonéaux, de 2 fibromes interstitiels, d'un kyste de la trompe gauche. Ligature d'un petit pédicule vasculaire. Guérison.*

Mlle Th... 32 ans, est examinée le 19 juillet 1911 pour des métrorragies très abondantes.

De bonne constitution, très robuste d'apparence, elle n'a eu aucune maladie sérieuse. On ne trouve aucun antécédent héréditaire à retenir.

La formation s'est établie à l'âge de 13 ans, avec quelques difficultés : irrégularités au début. Suspension des règles au

second mois pendant les 4 mois suivants, avec quelques troubles endocriniens d'après les renseignements fournis à l'interrogatoire. Ensuite chaque période a été précédée de douleurs assez vives dans le bas-ventre pour nécessiter le repos au lit durant 3 à 4 jours.

A partir de la vingt-deuxième année, les règles ont une tendance à avancer régulièrement, d'abord de 4 ou 5 jours, puis de huit et dix jours, la quantité de sang perdu à chaque fois augmente progressivement et la durée de l'époque se prolonge. Pas de leucorrhée au voisinage de l'époque ni entre deux périodes. Depuis un an les pertes prennent vraiment des caractères de métrorragie, avec volumineux caillots. Enfin les trois dernières périodes ont été de véritables hémorragies, laissant la malade très anémiée et affaiblie.

A l'examen on trouve par le toucher combiné au palper un gros utérus très irrégulier et sensible à la pression. C'est surtout en arrière, vers le fond de l'utérus et un peu à gauche de la ligne médiane que l'on sent les bosselures, résistantes et compactes d'une masse fibromateuse. Il ne semble pas y avoir d'adhérences importantes, et l'on peut mobiliser la masse et l'utérus à la fois et ces déplacements entraînent nettement le col. Les culs-de-sac latéraux et antérieurs paraissent complètement libres.

La cavité utérine mesure 9 centimètres; l'hystérométrie faite avec l'hystéromètre à cadran de Terillon, indique une antecourbure légère, voisine de la normale.

L'examen des divers appareils ne montre aucune lésion. On constate seulement quelques troubles digestifs et une constipation opiniâtre. Les urines sont normales. Pas d'hypertension. Hémoglobine 75 %.

L'opération a lieu le 5 août 1911, immédiatement après une période hémorragique.

Laparotomie médiane sous-ombilicale, en vue d'une hys-

térectomie abdominale totale, qui semble devoir être nécessaire; la masse fibromateuse dépassant le volume du poing. Aussitôt l'ouverture du péritoine, on découvre l'utérus avec la masse fibreuse située sur le fond et la face postérieure. Elle paraît surtout sous-péritonéale et ne semble pas pénétrer le muscle profondément. Une incision elliptique à grand axe vertical circonscrit la masse. On énuclée trois fibromes juxtaposés; ligature d'un petit pédicule vasculaire qui saigne assez abondamment. Capitonage des parois de la loge et suture du péritoine. Vers la gauche de la face postérieure, à sa partie moyenne, on sent deux fibromes interstitiels beaucoup moins gros qui sont énucléés après deux incisions transversales, sans hémorragie appréciable. Sutures exactes des loges et du péritoine. Ablation d'un kyste appendu aux franges de la trompe gauche.

Suture du péritoine et de la paroi abdominale en trois plans.

A part un écoulement sanguin vaginal, d'ailleurs très modéré, le second, le troisième et le quatrième jour les suites ont été des plus simples et sans aucun shock. Depuis cette époque jusqu'en janvier 1925, aucun désordre menstruel.

Obs. n° 15. (inédite). — *Laparotomie sous-ombilicale. Appendicectomie. Cautérisation de 3 petits kystes de l'ovaire droit. Enucléation de 2 fibromes interstitiels. Guérison.*

Mme A..., 29 ans, est examinée le 20 décembre 1920.

Dans les antécédents on ne trouve qu'une rougeole bénigne à l'âge de 8 ans et de fréquentes angines. A 14 ans, elle a été opérée de végétations adénoïdes.

Rien à relever dans les antécédents héréditaires.

La formation a eu lieu à 14 ans 1/2; elle a été assez pénible et douloureuse pendant les 8 premiers mois.

En 1917 crise de colite muco-membraneuse. Depuis, la malade

conserve une sensibilité persistante dans la fosse iliaque droite; elle a de la constipation opiniâtre et a maigri. Elle se plaint d'un état nauséux continu et aurait été traitée pour de la dilatation d'estomac, dont on ne retrouve d'ailleurs pas de trace. Elle accuse un goût désagréable sans mauvaise haleine et se plaint de vertiges.

Depuis 1918, les règles sont devenues d'abord plus abondantes et de plus longue durée. Depuis un an elles avancent de 5 jours chaque mois, sans être douloureuses.

A l'examen, on constate un point douloureux appendiculaire très net, mais sans crises aiguës. Le cæcum paraît dilaté par des gaz.

La malade n'a eu ni grossesse ni fausse couche. Mais au toucher, l'utérus paraît un peu gros et le col est dévié à gauche. Le fond de l'utérus est basculé à droite. On le réduit assez facilement et on sent à la partie antérieure, en avant de la corne droite, des inégalités mal délimitées, mais dures et fibreuses.

Opération le 17 février 1920. — Anesthésie générale à l'éther. Incision transversale sus-pubienne, intéressant la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Laparotomie verticale sous-ombilicale.

Le péritoine ouvert, on trouve un très gros cæcum, d'où se détache un appendice plus gros que le petit doigt plongeant dans le bassin. Résection de l'appendice qui est adhérent par son extrémité avec le péritoine postérieur. Enfouissement du moignon. Ligature du méso en deux pédicules. On examine l'ovaire droit, adhérent par sa face postérieure et légèrement prolabé. On le libère et on détruit au thermocautère trois kystes dont le plus gros avait le volume d'un gros pois. En avant de l'origine de la trompe droite, entre elle et l'insertion utérine du ligament rond, on perçoit deux petites masses fibromateuses interstitielles, dont la plus grosse peut avoir les dimensions d'une cerise. Incision transversale du péritoine et

du muscle utérin jusqu'aux noyaux fibreux qui sont presque au contact l'un de l'autre. On les énuclée à la spatule mousse.

L'écoulement sanguin est presque nul. Pas de pédicule vasculaire à lier. Capitonnage de la loge accolant très exactement les parois.

Suture du péritoine au catgut fin. Le ligament rond est fixé par deux points devant la suture.

Reconstitution de la paroi abdominale par étages. Le second jour après l'opération, perte d'un peu de sang par le vagin, durant 24 heures environ. Injections vaginales.

Vers le milieu de la cicatrice on trouve le 7^e jour un petit épanchement huileux superficiel. Drainage aux crins pendant trois jours. La réunion se fait normalement sans irrégularité, malgré cet incident.

Depuis, la malade a repris du poids; l'état nauséux a disparu... Les règles sont normales, moins longues et moins abondantes. L'utérus est en position normale. Pas de grossesse jusqu'en décembre 1925.

Obs. n° 16 (inédite). — *Myomectomie abdominale. Enucléation d'un fibrome sous-péritonéal dédoublant le ligament large. Ligature d'un pédicule. Guérison.*

Mme C..., 34 ans, est examinée le 22 novembre 1919 pour des métrorragies abondantes.

Antécédents. — Enfance malade; rougeole, scarlatine, oreillons, coqueluche avec broncho-pneumonie. Fièvre typhoïde à 15 ans.

Sa mère a été opérée d'une tumeur fibreuse de l'utérus. Son père est mort de néphrite avec urémie.

Formation précoce à 10 ans et demi, sans aucun trouble. Mariée à 26 ans, elle n'a eu ni grossesse ni fausse couche. Métrite légère à 27 ans pour laquelle on aurait fait quelques cautérisations.

Depuis l'âge de 28 ans elle a vu survenir des modifications importantes dans ses époques. Les règles sont beaucoup plus fréquentes, avançant de six et huit jours; elles sont beaucoup plus abondantes, avec gros caillots, et durent plus d'une semaine. Les pertes, depuis quelques mois, sont devenues de véritables hémorragies, obligeant la malade à garder le lit plusieurs jours. Cependant il n'y a pas de douleur ni d'élévation de la température.

La malade se plaint de souffrir de l'estomac; les digestions sont lentes et pénibles avec un état nauséux parfois assez marqué, mais sans qu'il y ait jamais eu de vomissements. L'examen des divers appareils ne décèle aucune lésion, les urines sont normales sans albumine.

Au toucher, on trouve sur le côté droit de l'utérus une tumeur solide, dépendant nettement de l'utérus dont elle suit tous les mouvements et paraissant s'étendre en dehors vers le ligament large.

Le col est dur et ligneux. Pas de leucorrhée.

On porte le diagnostic de fibrome utérin.

La malade est opérée le 4 décembre 1919. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale verticale après incision transversale sus-pubienne des téguments. Dès l'ouverture de l'abdomen on découvre la tumeur à droite. L'utérus est extériorisé et l'on se rend compte que la tumeur faisant corps avec lui, s'étend dans le ligament large en le dédoublant. Elle a le volume d'une grosse orange. Sa partie externe et supérieure soulève le ligament rond droit. Elle est parcourue en dehors par de grosses veines flexueuses et dilatées atteignant le volume du petit doigt. C'est un véritable varicocèle pelvien. Le péritoine est incisé parallèlement au bord de l'utérus. Les veines dilatées sont réséquées entre deux ligatures. On arrive sur la tumeur elle-même que l'on dégage du ligament large. Un plan de clivage celluleux lâche permet de l'énucléer avec

une spatule sans difficulté pour son pôle supérieur. A la partie inférieure deux artérioles forment pédicule et saignent assez abondamment. On les saisit avec deux pinces et on les lie au catgut chromé. La loge laissée par le fibrome enlevé ne saigne plus, — mais elle est assez vaste. Les parois en sont rapprochées par un seul plan de sutures profondes réunissant les parois musculaires sans laisser d'espace mort. On s'assure qu'il ne se forme aucun hématome. Suture superficielle du péritoine. La péritonéalisation est faite minutieusement. Les annexes des deux côtés ne présentent pas de lésions. Suture du péritoine et de la paroi abdominale en trois plans.

Les deux premiers jours écoulement de sang par le vagin mais d'abondance très modérée. Deux injections vaginales par jour. Pansement vulvaire.

Un point de catgut superficiel s'est éliminé à l'angle gauche de la plaie. Drainage avec un faisceau de crins de florence. Guérison en douze jours, avec une bonne cicatrice. La malade n'a plus présenté d'hémorragies depuis lors. L'utérus est en bonne position, non douloureux. Règles très régulières. Pas de grossesse jusqu'à ce jour.

Obs. n° 17 (inédite, personnelle). — Myomectomie abdominale. Enucléation de 2 fibromes interstitiels et d'un fibrome sous-péritonéal. Guérison.

Mme V. H., 36 ans vient consulter le 18 août 1924 pour des troubles menstruels, caractérisés par des pertes très abondantes le plus souvent et parfois au contraire insignifiantes.

Antécédents héréditaires. — Rien d'important à relever.

Antécédents personnels. — Enfant, elle a eu vers 12 ans une fièvre muqueuse. A 17 ans elle a été opérée à froid, d'une appendicite. Enfin à 19 ans on lui a extirpé par voie endolaryngée des polypes du larynx.

Formation à 15 ans, régulière. Elle perdait pendant 8 à 10 jours au début. Après l'opération d'appendicite les pertes se sont réduites à 5 jours.

Elle a eu trois enfants, bien portants; les accouchements ont été toujours longs et assez difficiles; après le dernier elle a présenté de la cystite, pendant deux mois. Par la suite, elle a fait six fausses couches de 2 à 3 mois.

Histoire actuelle. — Depuis 7 mois environ elle ressent des douleurs dans le bas-ventre et dans les reins. Les pertes menstruelles sont devenues vraiment hémorragiques et avancent d'une façon tout à fait irrégulière. Elle perd de gros caillots. Aucune leucorrhée.

Les urines sont normales et les mictions faciles.

La malade se plaint de quelques troubles dyspeptiques et de constipation.

Du côté de l'appareil circulatoire il y aurait des palpitations assez fréquentes; mais l'auscultation ne révèle aucun bruit anormal. Tension maxima : 12, minima : 8.

Rien à noter du côté de l'appareil respiratoire.

A l'examen génital on constate que le col est un peu augmenté de volume et surtout dur et scléreux, il est légèrement exulcéré sur sa lèvre postérieure. L'utérus est gros et déformé par des fibromes; on en perçoit un vers la corne droite et deux postérieurs. Celui de droite semble présenter des adhérences et les tentatives de mobilisation sont douloureuses.

La cicatrice de l'opération d'appendicite semble bonne mais la malade accuse des tiraillements douloureux qu'elle localise à sa partie inférieure.

Opération le 23 novembre 1924. — Anesthésie générale à l'éther. Laparotomie verticale après incision transversale des téguments. Les annexes gauches sont normales, à droite on libère au doigt et aux ciseaux quelques adhérences fibreuses. L'utérus présente, vers la corne droite, un fibrome sous-péri-

tonéal, à large pédicule. Il est circonscrit par une incision elliptique et enlevé à la spatule. Suture du péritoine et de quelques fibres musculaires superficielles affrontant exactement les parois de la loge. On perçoit ensuite, 2 petits fibromes interstitiels, intéressant la face postérieure. On les énuclée facilement, grâce à une incision transversale. Suture de la paroi par plans successifs.

Suites opératoires normales, sans fièvre. Pas d'écoulement de sang par le vagin. La malade a été revue en octobre 25, en parfait état.

Enucléation vaginale.

Obs. n° 18 (inédite). — *Myomectomie vaginale. 2 incisions latérales du col, suivies de dilatation. Extirpation de 2 polypes utérins insérés à la partie moyenne de la face postérieure de l'utérus. Enucléation d'un noyau fibreux du col. Guérison. Ménopause normale 4 ans après.*

Mme B... 43 ans, consulte le 27 avril 1921 pour des pertes sanguinolentes qui surviennent en dehors des règles et d'autre part pour des époques devenues beaucoup plus abondantes.

Aucune maladie sérieuse dans ses antécédents. La malade est née avec une imperforation anale membraneuse, mince; elle a été opérée aisément.

En juillet 1903 elle a été opérée pour vaginisme avec persistance d'un hymen dur et scléreux hypersensible et qui rendait impossible tout rapport.

En 1905 elle est accouchée à terme d'un garçon bien constitué. L'accouchement a été rendu assez difficile par défaut de mobilité du coccyx. Les suites ont été normales.

Depuis le mois de février, la malade a des pertes blanches assez claires, qu'elle compare à de l'eau gommeuse, et qui sont

constantes dans l'intervalle des règles. D'autre part les époques avancent d'une dizaine de jours, elles sont plus abondantes que de coutume et s'accompagnent d'expulsion de petits caillots noirs.

En mars et en avril, l'écoulement leucorrhéique est teinté de sang ou même tout à fait sanglant. Plusieurs fois après une injection vaginale il y a eu une petite hémorragie.

Au toucher on perçoit, sortant du col, une petite masse polypeuse, du volume d'une cerise, de consistance molle et qui saigne au moindre contact. En outre la lèvre postérieure du col est déformée; on y sent, vers la droite une petite masse dure, du volume approximatif d'une noisette, située en pleine masse musculaire.

Au *speculum* on voit sortir du col un polype très rouge, d'apparence molle et qui saigne au contact d'un tampon d'ouate. La lèvre postérieure du col est grossie et déformée du côté droit.

La malade ne se décide à l'opération que le 27 septembre 1921. Anesthésie générale à l'éther. Le polype paraît, pourvu d'un pédicule qui remonte assez loin; en l'explorant, on en découvre un second, moins volumineux. Deux incisions latérales divisent le col en deux valves; on dilate ensuite pour poursuivre les pédicules dans la cavité. Ils s'insèrent à la partie moyenne de la face postérieure de l'utérus. Excision de la zone d'insertion. Cautérisation. Reconstitution du col et tamponnement utérin. En reconstituant le col on se rend compte que la déformation de la partie droite de la lèvre inférieure est due à un fibrome. Une simple incision permet de l'énucléer très facilement. Capitonage minutieux de la petite cavité avec des points de catgut. Tamponnement vaginal.

Les tamponnements sont enlevés au bout de 48 heures et renouvelés. Au 4^e jour on enlève les mèches définitivement. Injections bi-quotidiennes. Guérison sans incidents. La malade

se lève le 8^e jour et rentre chez elle le 15^e jour. Depuis ce moment elle a constaté une heureuse modification dans ses époques qui sont régulières et d'une abondance moyenne, sans caillots.

En 1925 elle a commencé à éprouver des bouffées de chaleur et des règles ont manqué plusieurs mois. Elle est en pleine ménopause. L'état local est excellent.

Obs. n° 19 (inédite). — *Stérilité; latéroversion utérine importante. Myomectomie vaginale. Incision transversale du cul-de-sac postérieur. Enucléation d'un fibrome interstitiel. Guérison. Grossesse et accouchement à terme consécutifs.*

Marie T... 29 ans, est examinée le 30 juin 1913.

Antécédents personnels : érysipèle il y a 7 ans. Abscessus tubéreux de l'aisselle l'an dernier. Amygdalites fréquentes. Varices des deux jambes.

Formation à 13 ans 1/2. Règles normales, avançant chaque mois de 8 jours. Jamais de leucorrhée.

Pas de grossesse.

Depuis un an les règles sont un peu exagérées en abondance. Le mois dernier, la malade a eu pendant son époque un malaise avec perte de connaissance. Sensation douloureuse dans la région du cœur. Constipation opiniâtre.

A l'examen gynécologique, on trouve le col utérin complètement dévié vers la droite. Le fond de l'utérus est nettement perçu à gauche. Il y a une latéro-version très accusée. Cette déviation n'est d'ailleurs pas fixée : il est facile de remettre l'utérus en rectitude, mais il retombe immédiatement dans sa position vicieuse. Le palper combiné au toucher laisse percevoir, après réduction, une bosselure de la corne gauche, en arrière. On a l'impression d'une petite masse fibreuse du volume d'une grosse noix au moins.

Au *speculum* le col apparaît normal mais dévié. Son orifice de nullipare regarde franchement à droite.

Rien à noter du côté des autres appareils. Urines normales.

Opération le 8 juillet 1913, trois jours après la fin de l'époque. Anesthésie générale à l'éther. Deux valves vaginales exposent le col, qu'une pince tire-balle attire en avant sur la ligne médiane. On incise transversalement le cul-de-sac postérieur et la longue valve postérieure est introduite dans la cavité péritonéale. Le doigt explore la face postérieure de l'utérus abaissé par la pince tire-balle; on sent en arrière et au-dessous de la corne gauche un fibrome interstitiel peu profond. L'index accroche les annexes gauches que l'on fixe avec une pince mousse. La pince cervicale est enlevée et l'on peut sans trop de difficulté basculer le corps utérin en arrière et l'amener dans la plaie sur la valve postérieure. Le fibrome est sensible et visible. Le muscle utérin est incisé transversalement sur la saillie de la tumeur jusqu'à la découvrir. L'écoulement de sang est presque nul, sans doute à cause de la torsion du ligament large. A l'aide d'une longue spatule mousse le fibrome est énucléé très facilement. Sutures exactes de la plaie utérine avec une aiguille courbe à pédale, intéressant toute l'étendue des parois de la cavité laissée par le fibrome; quatre points au catgut suffisent à donner un accolement exact. L'utérus est retourné dans le bassin à l'aide de la pince qui tient toujours les annexes gauches. On peut ainsi s'assurer que le ligament large étant détordu il n'y a aucun écoulement sanguin. La valve postérieure est retirée et l'on termine par quatre points de suture en V qui ferment le péritoine et le cul-de-sac postérieur du vagin. Tamponnement vaginal qui est retiré au bout de 48 heures.

On constate un léger écoulement sanguin par le col; sa durée est courte; il est terminé deux jours plus tard. Injections vaginales à partir du 4^e jour.

Les suites opératoires ont été complètement apyrétiques et des plus simples.

Quinze jours après l'intervention, on trouve au toucher vaginal un utérus bien dans l'axe et mobile.

La malade est revue en janvier 1914 : règles régulières, non douloureuses, et d'abondance normale. Aucun trouble du côté du bassin.

En 1919, grossesse et accouchement à terme, dans des conditions tout à fait normales d'un garçon bien constitué que la mère allaite. Pendant la durée de la grossesse, la malade n'a eu aucune douleur et sa gestation a été tout à fait normale. L'accouchement a été simple, sans aucun incident; délivrance absolument normale.

En juin 1921, la malade est dans un état excellent.

Obs. n° 20 (inédite). — *Stérité; latéroverson droite importante. Myomectomie vaginale. Incision transversale du cul-de-sac postérieur. Cautérisation de quelques microkystes de l'ovaire gauche. Enucléation d'un fibrome interstitiel. Cautérisation de plusieurs microkystes de l'ovaire droit. Guérison. 1^{re} grossesse : normale, 3 ans après; — 2^e grossesse, 6 ans après, terminée par un avortement de 3 mois.*

Mme G... 26 ans, de constitution assez délicate est examinée en avril 1910 pour rechercher les causes de stérilité. Mariée depuis 10 ans elle a le grand désir d'avoir des enfants.

Dans ses antécédents, on ne retrouve qu'une opération pour allongement d'un tendon extenseur du 4^e orteil gauche. Le pied est actuellement normal.

Réglée à 11 ans, avec une avance d'une dizaine de jours chaque mois. Les pertes sont assez abondantes et douloureuses au début, surtout depuis 9 ans.

Aucune grossesse.

A l'examen par le toucher et le palper combinés, on remarque une latéroversion utérine très accentuée; le corps de l'utérus est basculé à droite; le col regarde franchement la partie latérale gauche du vagin. L'utérus est très mobile; il est facile par le toucher vaginal de le remettre en rectitude, mais dès qu'on l'abandonne à lui-même, le fond retombe à droite. Les annexes droites semblent un peu empâtées et sont sensibles mais on remarque surtout l'existence d'un fibrome à la partie postérieure de la crosse droite de l'utérus, qui forme à ce niveau une bosselure très nette et dure. Son volume est à peu près égal à celui d'une grosse prune. A gauche les annexes sont assez sensibles à la pression. Pas de leucorrhée. Cavité utérine de 7 centimètres.

Par ailleurs on ne trouve aucun symptôme anormal du côté des divers appareils. A noter seulement une grande nervosité, et une tendance neurasthénique, liée à l'absence de maternité.

Urines normales.

La malade est opérée en mai 1910. Anesthésie générale au chloroforme. Incision du cul-de-sac postérieur, le col étant fixé par une pince de museux et attiré en haut. On pénètre dans la cavité péritonéale, dans laquelle est placée une longue valve. L'exploration au doigt conduit sur les annexes gauches qui sont saisies avec une pince mousse (pince à kystes). Le col est libéré de sa pince. On fait basculer l'utérus en arrière et en bas. L'ovaire gauche est exposé; il présente quelques microkystes que l'on détruit au thermocautère. En se dirigeant vers les annexes droites on achève de faire sortir le fond de l'utérus et l'on découvre un fibrome interstitiel mais peu profond en arrière de l'origine de la trompe droite. Une incision transversale permet d'arriver sur ce fibrome qui n'est pas éloigné de la surface de plus d'un demi-centimètre. A l'aide d'une spatule mousse, étroite, on l'énuclée très simplement.

Suture de la cavité laissée par le fibrome avec une aiguille courbe et un porte-aiguille. Chaque point de catgut ramasse tous les tissus des parois sans pénétrer la cavité utérine. Quatre points séparés suffisent à bien accoler les parois sans laisser d'espace mort. L'écoulement de sang a été très minime.

Destruction au thermocautère de plusieurs microkystes de l'ovaire droit, dont l'un a le volume d'une cerise.

L'utérus est remis en place après vérification d'une hémostase parfaite.

Tamponnement du Douglas avec une mèche imbibée de sérum de cheval chauffé. Un drain n° 20 repose sur la mèche qui le sépare du rectum.

Le drainage et le tamponnement sont enlevés au bout de 48 heures. Il y a un léger suintement sanguin par le col. Aucune élévation de température. Tamponnement vaginal renouvelé chaque jour. L'écoulement sanguin n'a duré que trois jours; il a été très peu abondant.

Le 9^e jour la malade se lève. Son utérus est en position normale et il n'y a pas de tendance à la latéroverson. Injections antiseptiques deux fois par jour.

La malade est devenue enceinte en 1913; elle a accouché à terme sans incidents, d'un enfant bien constitué. En 1916 nouvelle grossesse, terminée par une fausse couche de trois mois à la suite de laquelle on a dû faire un curettage.

Depuis cette époque sa santé est excellente et l'utérus reste en situation normale. Règles régulières, non douloureuses, avançant de trois jours et d'abondance modérée.

Obs. n° 21 (inédite). — Stérilité; latéroverson droite importante. Myomectomie vaginale. Incision transversale du cul-de-sac postérieur. Enucléation d'un fibrome interstitiel. Cautérisation de 3 petits kystes ovariens droits. Guérison. Appendi-

ectomie 9 ans après, au cours de laquelle on a pu s'assurer de l'intégrité parfaite des cicatrices.

Mme G... 28 ans, vient demander un examen pour rechercher les causes de sa stérilité depuis 9 ans.

Dans ses antécédents on ne retrouve qu'une diphtérie dans l'enfance. Elle est grande et forte, de bonne santé générale. Son état nerveux seul laisse à désirer; elle fait de la neurasthénie par idée fixe de maternité.

Réglée à 12 ans 1/2, elle a toujours eu chaque mois 6 à 7 jours d'avance jusqu'à son mariage. Depuis 9 ans les époques sont assez douloureuses, elles avancent d'une dizaine de jours et sont devenues très abondantes avec perte de caillots.

Pas de grossesse.

L'examen gynécologique permet de constater une latéroversion portant le fond de l'utérus à droite et le col à gauche dans le vagin. La réduction s'obtient facilement mais le déplacement se reproduit immédiatement. Les tentatives de redressement maintenu par des tampons sont restées inactives après deux mois. L'examen minutieux du fond de l'utérus, difficile en raison de l'épaisseur de la paroi abdominale, permet cependant de sentir une bosselure assez dure en arrière et en dedans de la corne utérine droite. La cavité utérine mesure 8 centimètres.

Opération le 22 mars 1911. — Anesthésie générale au chloroforme avec l'appareil de Ricard. Incision du cul-de-sac postérieur. Le doigt introduit dans le Douglas perçoit vers l'angle droit de la face postérieure de l'utérus, un fibrome sous-péritonéal du volume d'une petite prune. Une pince à mors mousses saisit le bord supérieur du ligament large et permet de retourner et d'abaisser assez facilement le fond de l'utérus sur une longue valve. Le fibrome est exposé; on incise transversalement le péritoine sur sa saillie et son énucléation se fait à

la spatule fort aisément et sans écoulement important de sang. Des points de suture au catgut sont placés avec une aiguille courbe et un porte-aiguille de façon à rapprocher exactement les parois de la plaie laissée par l'extirpation du fibrome. L'ovaire droit présente trois petits kystes que l'on détruit au thermocautère. L'utérus est remis dans sa position normale. Le cul-de-sac postérieur est fermé sans drainage par cinq points séparés, au catgut n° 2. Tamponnement vaginal.

Les suites opératoires ont été normales. Il y a eu un léger écoulement de sang par le col le troisième jour, qui a cessé le lendemain.

La malade examinée plusieurs fois depuis lors, n'a plus de déviation utérine; mais elle n'a eu ni retard de règles ni grossesse.

En mars 1920 la malade est opérée à froid pour une appendicite six semaines après une crise aiguë avec fièvre, vomissements et formation d'un empâtement de la fosse iliaque droite marqué. Dans le courant de 1919 elle avait eu deux autres crises très nettes. Anesthésie générale à l'éther. Incision cutanée transversale sus-pubienne, comprenant le tissu celluloadipeux, laparotomie verticale sous-ombilicale. Le grêle est refoulé doucement par des compresses abdominales. Le cæcum est fortement fixé par des adhérences en bas et en dehors. Ces adhérences sont détruites et l'intestin est minutieusement péritonéalisé. L'appendice descend verticalement dans la fosse iliaque où l'englobent des adhérences anciennes, chargées de graisse. Ces adhérences scléreuses et retractiles étranglent en quatre points l'appendice qui présente l'aspect d'un chapelet de saucisses. Pas d'adhérences avec les annexes. Pas d'adhérences du grand épiploon. Résection de l'appendice, enfouissement du moignon dans le cæcum; ligature du méso.

Les annexes des deux côtés paraissent absolument normales. On a peine à retrouver la trace cicatricielle de l'ablation du

fibrome postérieur droit. La position de l'utérus est tout à fait normale. Sutures du péritoine et de la paroi abdominale par plans successifs. Suites opératoires apyrétiques et sans incidents.

IV. — Suites immédiates et éloignées de la myomectomie

L'étude de ces observations nous enseigne, que les avantages de la myomectomie sont intéressants à constater à différents points de vue :

1) **Fonction menstruelle**, — 1° Persistance des règles et absence de troubles d'une ménopause prématurée;

2° Les douleurs qui étaient importantes, surtout pendant la durée des époques, disparaissent totalement après l'intervention.

3° La quantité de sang perdu devient normale.

4° Les règles qui duraient 8, 10 jours et plus parfois, ne sont plus maintenant que de 3 ou 4 jours maximum.

5° Elles viennent, tous les mois, à date fixe, ne présentant plus ni avance, ni retard.

Sur 21 malades opérées, 2 âgées de plus de 40 ans ont eu une ménopause normale, sans incidents. 14 avaient entre 30 et 37 ans, et 5, moins de 30 ans; on conçoit l'intérêt considérable qu'il y avait à conserver, normale, la fonction menstruelle, chez ces femmes jeunes, encore éloignées de leur ménopause, et à proscrire les rayons X, qui les auraient stérilisées, radicalement.

2) **Grossesse.** — Sur 21 opérées, nous notons 7 grossesses et accouchements normaux après l'intervention. Sur 5 femmes chez lesquelles les fibromes étaient causes de stérilité, nous relevons 4 grossesses normales après myomectomie, résultats que la radiothérapie était bien incapable de nous donner.

3) **Avantages de l'incision médiane.** — Elle permet d'examiner et de traiter les lésions intéressant :

- 1° Le cæcum et l'appendice;
- 2° L'épiploon (brides; adhérences épiploïques).
- 3° Les ovaires et les trompes (kystes, salpingites).
- 4° L'utérus (possibilité, après l'énucléation de pratiquer une hystéro ou une ligamentopexie).

L'incision cutanée et sous-cutanée transversale sus-pubienne avec laparotomie verticale sous-ombilicale, a des avantages d'esthétique (puisque la cicatrice est entièrement dissimulée dans le pli de flexion normale, et en grande partie recouverte par les poils), — et de solidité, (puisque les 2 cicatrices sont en croix, la première profonde, verticale, la deuxième, superficielle, transversale).

Notons ici, sur 21 cas de fibromes observés, 14 fois la coexistence de : appendicite, pérityphlite, adhérences épiploïques, kystes de l'ovaire et microkystes salpingiens, — toutes lésions qui, à elles seules, étaient suffisantes pour contre-indiquer les rayons, et justifier l'intervention chirurgicale.

4) **Bénignité.** — Insistons enfin sur la bénignité de l'intervention.

Toutes nos opérées ont présenté des suites opératoires normales, courtes et apyrétiques bien que nous soyions intervenus 2 fois sur des fibromes compliqués (1 fibrome pédiculé tordu; 1 fibrome interstitiel sphacélé) et que nous ayons à deux reprises ouvert la cavité utérine.

Aucun drainage n'a été nécessaire.

Pendant les deux premiers jours qui suivent l'intervention, un petit écoulement de sang par le vagin se produit; notons que cette hémorragie, minime et sans gravité, se rencontre même au cours des interventions n'intéressant pas l'utérus, comme par exemple lorsqu'on cautérise des petits kystes ovariens ou salpingiens.

CRITIQUE DES PROCÉDÉS MÉDICAUX INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE

Nous avons en vue la radiothérapie et la radium-thérapie.

Ces traitements nouveaux et non sanglants apparus à une époque récente ont suscité à leur apparition de grandes espérances, mais une période de réaction est venue lorsqu'on eut constaté que les méthodes nouvelles n'étaient point sans danger et constituaient parfois un trompe l'œil atténuant ou faisant disparaître les symptômes, mais laissant subsister le mal qu'il fallait parfois extirper dans la suite au prix de difficultés plus grandes.

Rouville (de Montpellier) s'exprime de la façon suivante : « Le traitement médical des fibromes de l'utérus est purement symptomatique, il vise surtout les douleurs et les hémorragies, vouloir lui en demander davantage serait aller au-devant d'insuccès certains, il ne tire du reste ses indications que des contre-indications temporaires ou définitives du traitement chirurgical. »

1^{er} Inconvénients et contre-indications de la radiothérapie.

Il est manifeste que les rayons en agissant sur les ovaires pour les uns, sur les ovaires et le fibrome pour d'autres, en modifiant la vascularisation provoquent des *diminutions* notables de tumeurs parfois importantes, mais non des *disparitions*; ils laissent persister une masse réduite, dense, ne donnant plus lieu à aucune hémorragie mais qui reste toujours susceptible, un jour ou l'autre, de manifester sa présence par une complication. Le fibrome persiste donc, diminué, il est vrai, mais continuant à exercer son influence néfaste sur la muqueuse utérine, qui peut, tôt ou tard, dégénérer.

Chez la femme jeune, c'est la stérilité à coup sûr et définitive.

C'est la ménopause précoce avec tout son cortège de troubles nombreux et variés, sur lesquels les médications opothérapiques n'exercent qu'une influence minime : obésité, malaises digestifs fréquents, céphalées tenaces, etc...

C'est un procédé long, demandant souvent un très grand nombre de séances, — inconstant dans ses résultats, — ne mettant pas à l'abri d'erreurs de diagnostic regrettables, — parfois même dangereux; il expose à des radiodermites, à une pigmentation intense et indélébile des zones irradiées. Ces deux observations qui m'ont été communiquées par mon ami le docteur Jean D... en font foi :

Première observation. — Femme de 39 ans, bien portante, ayant eu une grossesse :

« Apparition d'un fibrome à marche rapide qui prend bien-
« tôt les proportions d'une grossesse de trois mois. Métrorra-
« gies abondantes.

« Des séances de radiothérapie profonde, faites par un spé-
« cialiste compétent amènent une diminution rapide du fi-
« brome et un arrêt des métrorragies.

« Après six mois de tranquillité, les hémorragies reprennent,
« le fibrome augmente de nouveau de volume, apparition de
« douleurs. Malade anémiée et asthénique.

« On intervient. Hystérectomie abdominale subtotal. Suites
« opératoires normales, mais désunion de la cicatrice abdo-
« minale, plaie atone torpide qui a mis plus de deux mois à
« se cicatriser et laissant une paroi lâche d'une faiblesse ex-
« trême.

Deuxième observation. — Femme d'une quarantaine d'années
« soignée pour fibrome; irradiée pendant deux ans; a reçu
« plus de cent séances courtes; au bout de ce temps, la paroi
« abdominale est le siège d'une radiodermite intense et étendue
« (deux paumes de main) néanmoins, continue à souffrir. A
« l'examen, utérus à peine plus gros que la normale, grosse
« masse très mobile remontant au-dessus de l'ombilic, et qui
« est, ou un fibrome pédiculé (???), ou plus probablement
« un kyste de l'ovaire sur la nature bénigne duquel on peut
« commencer à douter étant donné le traitement antérieur
« suivi; et sur lequel on ne peut intervenir chirurgicalement
« à cause de l'état lamentable des téguments.

Nous avons connu, pendant notre année d'externat
à Saint-Louis, dans le service du Dr Hudelo, une infir-
mière qui nous a ainsi raconté son histoire :

Troisième observation. — Claire B... 36 ans, Depuis 5 ans règles irrégulières, anormalement abondantes. Métrorragies fréquentes dans l'intervalle des règles. Diagnostic : fibrome utérin de la grosseur d'une orange. Etant donnée la faiblesse de la malade on conseille la radiothérapie. En 8 mois, le Dr Nahan lui fait 16 séances de 40 minutes. Ces séances étaient pénibles, la laissaient fatiguée pendant plusieurs jours l'obligeant souvent à ne pas paraître au service. Néanmoins, les hémorragies cessent; on suspend le traitement et la malade est déclarée guérie. Après 2 mois de tranquillité, elles reprennent, plus inquiétantes que précédemment, et le Pr Lecène pratiqué chez elle l'hystérectomie, rendue difficile du fait d'une hypervascularisation marquée de l'organe dans laquelle le traitement antérieurement suivi semble ne pas avoir été totalement étranger.

Si des adhérences intestinales co-existent les radiations par prolifération du tissu fibreux les augmentent tout en densifiant le tissu du fibrome, et les douleurs, les tiraillements, loin de diminuer sont accrus considérablement.

La radiothérapie n'a aucune influence sur les suppurations péri-fibromateuses.

Voici une observation rapportée par le docteur Chifoliau dans le *Progrès Médical* du 15 octobre 1924 :

Quatrième observation. — « Les suppurations péro-fibromateuses se voient aussi dans les fibromes traités par les rayons X et déclarés guéris. En voici une observation typique :

« Mme T... 45 ans. En 1918 est traitée par le Dr Bécère pour un fibrome utérin et subit 42 applications de rayons X. Les

« métrorragies qui étaient abondantes et duraient 20 jours
« par mois cessent. Les règles sont supprimées complètement.
« La malade est considérée comme guérie. Le 10 juin elle est
« prise d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite avec
« fièvre élevée, sans vomissements et entre à la maison Du-
« bois, service Horteloup, le 18 juin avec le diagnostic de fi-
« brome sphacélé. En réalité, il s'agit d'un fibrome avec gros
« empâtement du cul-de-sac postérieur. Malgré la glace et
« les injections chaudes, je suis obligé de faire le 1^{er} juillet
« une colpotomie qui donne issue à une grosse quantité de
« pus. La malade demande à rentrer chez elle pour quelques
« semaines, mais la fièvre se rallume aussitôt. La plaie de col-
« potomie s'est fermée trop tôt. La malade se fait ramener à
« nouveau à Dubois, le 19 juillet. Deuxième colpotomie
« celle-ci donne très peu de pus mais me permet de reconnaître
« un gros fibrome utérin du volume de deux poings. Mme T...
« subit enfin l'hystérectomie abdominale, le 29 juillet et sort
« guérie le 30 août 1922. Elle a été revue depuis en parfait
« état ».

Le Dr Chifoliau nous dit plus loin que sur 194 opérées, il en compte treize qui avaient été traitées antérieurement plus ou moins longtemps sans succès par les rayons X.

Il est indispensable avant d'entreprendre un traitement par les rayons X de s'assurer que les annexes sont parfaitement saines, chose rare en cas de fibrome ou tout au moins difficile à apprécier, si on tient compte du volume du fibrome et des dispositions anatomiques modifiées; sinon, on peut déclencher une salpingite aiguë, voire même une pelvipéritonite,

Quelle catégorie de malades nous reste-t-il donc à confier aux radiothérapeutes ? Devant l'influence favorable indéniable et rapide apportée par les rayons sur les hémorragies des fibromes utérins, nous aurons recours à ce mode de traitement pour les malades âgées, anémiées, inopérables, ayant un taux d'urée sanguine élevée et inabaissable, des reins déficients, et chez lesquelles les risques opératoires sont manifestement trop grands.

2^o Inconvénients et contre-indications de la radiumthérapie.

Des reproches analogues peuvent être faits à la curiethérapie. Toutefois, bien que comportant des indications restreintes, ce procédé thérapeutique tend à être beaucoup plus employé que le précédent ; d'ailleurs, voici, en résumé, comment s'exprime à son sujet le professeur Jean Louis Faure :

« Nous avons dit plus haut qu'il paraissait possible par l'emploi de doses faibles et au besoin répétées, d'arrêter le fibrome dans son évolution, tout en conservant les règles. Mais à l'heure actuelle, on ne peut jamais avoir la certitude qu'on respectera les fonctions ovariennes. C'est un inconvénient sérieux. Et il est certain que c'est une infériorité de la méthode vis-à-vis de la chirurgie, toutes les fois que celle-ci pourra permettre de pratiquer une simple myomectomie et de guérir la malade en lui conservant l'intégrité de ses organes

et de ses fonctions. En réalité, avoue Faure, la myomectomie est exceptionnelle, mais dans les cas où on peut et où on doit songer à la pratiquer, c'est à l'opération seule qu'il faut avoir recours.

Les applications de radium peuvent causer des accidents. D'abord la radiumdermite, surtout si l'on emploie la méthode des applications vaginales, le vagin étant plus sensible que l'utérus aux radiations.

Les accidents d'infection seraient, d'après Faure, toujours à craindre, toute manipulation intra-utérine quelle qu'elle soit et avec quelque précaution qu'elle soit faite, pouvant déterminer des accidents inflammatoires. Ce sont « des poussées douloureuses, avec température élevée, pouvant monter jusqu'à 40°, des suppurations péri-utérines ayant nécessité une colpotomie terminée d'ailleurs par la guérison de la suppuration et du fibrome ».

Les lésions annexielles anciennes et — à plus forte raison — les lésions plus récentes sont une contre-indication à l'emploi du radium.

La chirurgie, qui donne des résultats magnifiques dans la plupart des cas, a encore un champ d'action large, et il est beaucoup de fibromes qui doivent être opérés; nous sommes tout à fait d'accord avec le professeur J.-L. Faure, qui pose ainsi les indications de la chirurgie :

1° Les cas où le diagnostic est incertain. « Là où il n'est pas salubre, le radium est nuisible, et la première condition pour traiter un fibrome par la curiethérapie,

c'est la certitude où l'on doit être de se trouver en présence d'un fibrome. Et les cas sont nombreux où les hésitations sont permises : kystes de l'ovaire de moyen volume, tumeurs malignes de l'ovaire accolées à l'utérus, tumeurs végétantes bilatérales, annexites anciennes surtout. Dans tous les cas douteux, il faut aller voir, c'est l'évidence même ».

2° Il faut également opérer chez les *femmes jeunes*, lorsque le fibrome est peu volumineux et qu'on peut avoir l'espoir de pratiquer une opération partielle, en conservant les fonctions ovariennes, presque toujours abolies par le radium. Nous avons dit déjà pour quelles raisons nous souscrivions, à cette proposition, dans l'état actuel de la curiethérapie, mais probablement à titre provisoire seulement.

3° Il faut opérer les malades chez lesquelles un traitement par les radiations — radiothérapie ou curiethérapie — a déjà été employé sans succès ou avec des résultats insuffisants.

4° Les malades atteintes de lésions inflammatoires, salpingite chronique, périmérite, qui risquent d'être sérieusement aggravées par le radium.

Il faut insister sur cette contre-indication, et il y a de grands inconvénients à vouloir passer outre. Toutes les fois que les culs-de-sac ne donnent pas l'impression d'être *entièrement libres*, il faut s'abstenir de l'emploi du radium.

5° Les malades qui présentent, en même temps que leur fibrome, une appendicite chronique, suffisante à

elle seule pour nécessiter une opération. Dans ces cas mieux vaut en même temps en finir avec le fibrome. On peut ajouter les malades qui ont un prolapsus utérin, comme nous en avons vu quelques cas.

6° Les malades dont le fibrome est suspect d'infection ou de nécrose, — ou est calcifié —. Nous ajouterions volontiers; même les fibromes très durs, pour peu que ce soit leur masse ou leur position qui gêne la malade. Il est certain en effet que les radiations ne peuvent rien sur la diminution d'un fibrome calcifié; elles peuvent peu de chose sur une tumeur de type presque exclusivement fibreux, et ont bien peu de chance d'amener une diminution notable du volume. Si donc le fibrome gêne, par sa masse, ou sa position, si par exemple, le symptôme dominant est la compression d'un organe voisin, rectum ou vessie, il est plus sûr de s'adresser à la chirurgie.

7° Les femmes qui présentent, en même temps que leur fibrome, des phénomènes de grossesse, lorsque la situation de la tumeur nécessite une intervention.

8° Celles dont le fibrome est trop volumineux ou manifeste une évolution inquiétante, ou détermine, comme certains fibromes enclavés, des compressions graves qui demandent un traitement rapide.

9° Celles qui sont atteintes de fibromes pédiculés soit sur la surface de l'utérus, soit dans sa cavité; comme certains polypes fibreux souvent très hémorragiques. lorsqu'on peut les reconnaître, ce qui, d'ailleurs, est exceptionnel.

10° Enfin et surtout les malades chez lesquelles on soupçonne le développement d'un néoplasme.

On peut encore ajouter à la liste déjà longue des fibromes à opérer « tous les fibromes à allure douteuse, incertaine, inquiétante, au nombre desquels nous rangeons ceux qui quelques années après la ménopause subissent un brusque réveil ».

On voit donc combien rares sont les cas où la radium-thérapie est réellement indiquée; il faudrait imaginer le cas d'un fibrome sous-muqueux unique ni trop dense ni trop volumineux et ne coexistant avec aucune autre tumeur sous-péritonéale ou interstitielle sur laquelle le radium n'a manifestement aucune espèce d'action.

D'ailleurs comment s'assurer que ce fibrome est bien réellement sous-muqueux?

En pratiquant un toucher intra-utérin sous anesthésie et après dilatation préalable? C'est un procédé actuellement abandonné.

L'hystéromètre à cadran de Terrillon est un bon instrument, mais il expose à des erreurs.

Enfin, tout récemment, un nouveau moyen de diagnostic a été imaginé; on pratique une radioscopie de l'utérus après injection de sa cavité au lipiodol; procédé dangereux qui expose à l'infection et délicat à interpréter si l'on considère que pour l'image prise de profil, les rayons ont à traverser deux épaisseurs d'os iliaques.

Nous réserverons donc la curiethérapie aux fibromes

inopérables qui saignent, et pour les femmes pusillanimes qui refusent catégoriquement toute intervention.

3° Indications et contre-indications de l'hystérectomie.

L'hystérectomie se trouvera de ce fait indiquée, chaque fois que la myomectomie :

Ne pourra l'être (nous y reviendrons).

Aura été jugée inutile (femme proche de la ménopause).

Ou irréalisable (cette dernière éventualité se précisant au cours de l'intervention).

Il faudra dans ce cas s'astreindre à faire systématiquement une hystérectomie totale. En effet, pourquoi conserver à la femme une petite portion de muqueuse utérine parfaitement inutile, toujours susceptible, de plus, d'être un jour l'origine d'une métrite sénile et d'un cancer du col?

Toutefois, on discutera longuement l'hystérectomie chez la femme jeune, car si cette opération supprime radicalement et définitivement le fibrome, nous savons au prix de quels sacrifices : stérilité et ménopause précoce.

PARTI A TIRER DE CES DIFFÉRENTS PROCÉ- DÉS SUIVANT L'ÂGE. — CONTRE-INDICA- TIONS DE LA MYOMECTOMIE.

Dans quels cas doit-on tenter la myomectomie, décider l'hystérectomie, ou conseiller les moyens médicaux; ici une notion clinique importante apparaît, c'est celle tirée de l'âge des malades.

1) **Chez les femmes âgées.** — Ayant dépassé depuis plus ou moins longtemps la ménopause, toute tumeur utérine qui détermine des phénomènes pathologiques, est un cancer. On peut se trouver en présence de plusieurs cas : fibrome antérieurement diagnostiqué, qui, bien que n'augmentant pas de volume recommence cependant à donner des pertes rouges ou teintées de sang, — fibrome ne saignant pas mais augmentant assez rapidement de volume et s'accompagnant de douleurs abdominales plus ou moins intenses, — apparition d'une tumeur utérine ou juxta-utérine, sur la nature de laquelle on ne peut se prononcer; — dans tous ces cas, jamais de physiothérapie, myomectomie irréalisable, seule l'hystérectomie totale rapidement décidée

et exécutée a quelques chances de sauver la malade.

Toutefois, même dans ce cas, la chirurgie conservatrice ne perd pas complètement ses droits; en effet, si à l'ouverture de l'abdomen on tombe sur un fibrome sous-péritonéal pédiculé et unique, la polypectomie est tellement plus simple et plus bénigne qu'elle s'impose manifestement.

B) Chez les femmes jeunes. — Avant 35 ans, la myomectomie s'impose dans la grande majorité des cas; toutefois, en présence d'un fibrome mou, de consistance inégale et augmentant rapidement de volume, on se méfiera du sarcome et on donnera à la malade les chances d'une hystérectomie totale précocement exécutée.

Dans tout autre cas, l'expectative est inacceptable.

La physiothérapie? C'est la stérilité définitive; ce sont les malaises habituels de la ménopause opératoire précoce et ce fibrome dont on a supprimé les manifestations hémorragiques grossières ne va-t-il pas peut-être, avec une prédisposition très spéciale, subir ultérieurement des transformations malignes variées?

L'intervention chirurgicale est la méthode prudente et sûre, la laparotomie seule permet de poser le diagnostic exact et précis de la tumeur, seule elle permet de reconnaître toutes les lésions et de leur opposer la thérapeutique convenable et le chirurgien après une inspection et une palpation directe et minutieuse de l'utérus se rendra compte de la possibilité de sauver chez cette femme jeune l'utérus et les ovaires, de lui

laisser la possibilité de grossesses ultérieures, il étendra très loin les indications de la myomectomie.

Si enfin on est condamné à castrer la malade, ce ne sera qu'à bon escient, avec toute la sécurité que donne une opération exécutée au grand jour de la laparotomie.

C) **La ménopause** est l'âge critique des fibromes. S'il est des cas où elle coïncide avec un arrêt spontané de l'évolution de la tumeur il en est d'autres nombreux où elle marque l'apparition avec une fréquence indéniable de complications redoutables, telles que : dégénérescence maligne, co-existence de cancers épithéliaux, troubles cardio-rénaux aboutissants d'une compression depuis longtemps établie, etc...

La physiothérapie est formellement contre-indiquée sur ces fibromes compliqués ou sur le point de le devenir ; si la myomectomie est possible, on la tentera bien qu'elle perde de son intérêt à l'époque de la ménopause, l'hystérectomie s'impose et immédiate.

D) **Les fibromes dits bénins** sont ceux qui apparaissent entre 40 et 50 ans. Si l'on décide de les traiter, on s'adressera ici encore à la myomectomie qui est une intervention sûre, rapide et bénigne. Des questions d'ordre moral et social interviennent parfois ici. En présence d'une malade pusillanime qui refuse systématiquement toute intervention chirurgicale et préfère la physiothérapie avec tous les inconvénients auxquels elle expose, on autorisera ce traitement à titre d'essai

tout en laissant entrevoir qu'il ne faudra peut-être pas trop s'y attarder et qu'une intervention chirurgicale sera peut-être nécessaire ultérieurement.

Fibrome utérin et adénome de la prostate. — Nous noterons ici le fait suivant : le Dr Petit qui, depuis 4 ans, a traité de nombreux fibromes utérins soit par myomectomie, soit par hystérectomie, n'a pratiqué pendant ce laps de temps aucune prostatectomie. L'adénome de la prostate qui apparaît chez l'homme passé la cinquantaine est en tous points l'équivalent du fibrome utérin de la femme approchant de la ménopause, mais ici, notre expérience nous a obligé de reconnaître l'efficacité manifeste de la radiothérapie profonde et, sans aucun parti pris de notre part, nous avons définitivement abandonné l'intervention chirurgicale dans le traitement de cette affection.

Contre-indications de la myomectomie.

La myomectomie sera formellement contre-indiquée dans les cas suivants :

1° Fibromes trop gros, myofibromes ou myomes atteignant ou dépassant l'ombilic, fibromes ballons augmentant en masse le corps utérin; la myomectomie est pratiquement irréalisable.

2° Fibromes nombreux multilobés dont la disposition éminemment complexe s'oppose à toute interven-

tion réglée et méthodique. Il faut remarquer en effet qu'une myomectomie, pour être pratiquée utilement, ne doit pas laisser après elle un organe mutilé et saignant, elle n'est donc bonne que si elle se borne à enlever au maximum 4 ou 5 fibromes intra-muraux facilement énucléables. Bien que Tuffier ait rapporté le cas d'une malade à laquelle il avait enlevé 17 fibromes et chez laquelle on n'était réintervenue que dix ans plus tard, nous ne l'imiterons pas; ces genres d'interventions étant loin d'être bénignes et comportant souvent un pronostic réservé.

Plutôt que s'obstiner à conserver un corps très abîmé par la myomectomie, il vaudrait mieux faire en abrégant une hystérectomie sub-totale ou mieux totale; en effet, pourquoi laisser à la femme un moignon d'utérus parfaitement inutile qui ne lui servira qu'à devenir le point de départ d'une métrite sénile incurable ou d'un épithélioma du col?

3° La myomectomie perd de son intérêt chez une femme proche de la ménopause et ayant déjà eu des grossesses.

4° La myomectomie sera enfin formellement contre-indiquée en cas de lésions inflammatoires accentuées de l'utérus ou des annexes, en cas de grosse métrite rebelle aux traitements, c'est à coup sûr l'infection post-opératoire; pourquoi de même conserver un pyosalpinx bilatéral, ou des trompes frappées de salpingite ancienne et définitivement oblitérées?

CONCLUSIONS

A) Nécessité de traiter tous les fibromes

1. Bien que de structure histologique bénigne, les fibromes utérins peuvent être graves dans leur évolution.

2. Les tumeurs fibreuses muettes sont des exceptions ; le plus souvent, après une période de latence plus ou moins longue, elles se révèlent par une complication redoutable portant atteinte à l'état général, impliquant une intervention immédiate, radicale et grave, souvent irréalisable, mais comportant toujours un pronostic immédiat ou éloigné des plus réservés.

3. On interviendra donc non seulement sur les gros fibromes mais encore et surtout sur les petits aussitôt leur diagnostic posé, de manière à pratiquer une intervention comportant un minimum de risques et un pronostic éloigné favorable, et ne pas exposer la malade à des dangers plus grands que ceux relevant de l'évolution naturelle de sa lésion ; et on diminuera ainsi le taux de la stérilité.

B) Avantages de la myomectomie.

1. Il est logique d'enlever la tumeur seule chaque fois que la chose est possible et de respecter une muqueuse utérine et des annexes parfois complètement saines, souvent peu touchées, et dont l'état est susceptible de s'améliorer rapidement après l'ablation du fibrome qui, par sa seule présence, en entretenait l'inflammation.

2. Elle permet aux femmes jeunes chez lesquelles le fibrome était cause de stérilité de mener à bien une ou plusieurs grossesses après l'intervention.

3. Les fonctions dévolues à l'ovaire en temps que glande à sécrétion interne sont loin d'être négligeables et la myomectomie présente encore l'avantage d'arrêter définitivement l'évolution d'un fibrome chez une femme jeune sans pour cela l'affliger pendant un temps souvent fort long des malaises nombreux et tenaces dus à une ménopause opératoire précoce. On sait en effet que la ménopause provoquée de quelque façon que ce soit est d'autant plus grave qu'elle a lieu plus prématurément.

4. La myomectomie est une opération bénigne; les statistiques de ses suites immédiates en font foi.

5. Les résultats éloignés sont aussi fort encourageants, on a signalé des cas de récidive; outre qu'ils sont rares

il n'est pas indifférent de constater qu'il s'écoulait souvent plusieurs années de vie normale avant l'hystérectomie définitive, au cours desquelles une ou plusieurs grossesses avaient été menées à terme. D'ailleurs notons également que la ménopause provoquée à 40 ans comporte beaucoup moins de risques qu'à 30.

C) Quelques points de technique.

1. Le tissu utérin condensé et tassé par refoulement forme à la tumeur fibreuse, une capsule. Entre cette capsule et le fibrome existe une couche de tissu cellulaire lâche, et c'est grâce à la laxité de ce tissu cellulaire qu'une fois la capsule ouverte on peut dans certains cas énucléer le noyau fibreux par simple pression.

2. Les vaisseaux pénètrent parfois la tumeur par un petit pédicule qu'il importe de lier.

3. En cas de fibrome médian, on pratique sur la zone avasculaire antérieure ou postérieure une incision verticale.

4. En cas de fibrome latéral, plutôt que dilacérer le muscle utérin en tentant de l'énucléer par cette même voie, il est préférable de chercher à l'atteindre par une incision horizontale pratiquée directement sur la masse, l'étude de l'anatomie de l'organe nous enseignant que la direction des artères, veines et nerfs, se fait uniquement selon une direction horizontale, identique à tous les niveaux, et sans anastomoses verticales.

5. Il est inutile de drainer si les indications ont bien été observées, si l'on n'énuclée pas des fibromes trop nombreux et si l'on n'intervient pas en cas de lésions inflammatoires utéro-annexielles importantes.

6. Le capitonnage de la loge déshabitée sera pratiqué minutieusement, en deux plans au besoin, afin d'éviter tout espace mort, siège possible d'un hématome facilement infecté.

7. L'incision transversale sus-pubienne faite dans le pli de flexion donne pour cette intervention un jour amplement suffisant.

D) Choix de la voie d'abord.

On préférera dans la majorité des cas la voie abdominale :

1. Dans l'état actuel de l'asepsie et de l'antisepsie tout danger de péritonite et de septicémie devient négligeable, même avec l'ouverture de la cavité utérine.

2. C'est un procédé explorateur fidèle puisqu'il permet d'apprécier de visu l'étendue des lésions, et si la myomectomie en cours de route est abandonnée, ce n'est qu'à son escient.

3. Il permet d'enlever la totalité de la tumeur.

4. Il n'expose pas aux conséquences parfois graves d'une erreur de diagnostic.

5. Les risques de lésion des vaisseaux et des organes voisins sont minimes, si l'on a soin de ne pas tenter une myomectomie là où elle est contre-indiquée.

On réservera la voie vaginale :

1. Pour les polypes fibreux faisant saillie à travers le museau de tanche; pour les fibromes du segment inférieur, voisins du col ou implantés sur celui-ci; dans le cas d'un petit fibrome unique de la face postérieure de l'utérus facilement accessible et énucléable après incision du cul-de-sac vaginal correspondant.

2. Dans tout autre cas, l'opération devient pénible, souvent dangereuse.

3. Dans les cas limites, toutefois, où l'on a le choix entre les deux méthodes, on préférera toujours la voie abdominale, car on obtiendra par ce procédé des cicatrices plus stables, que l'on ne craindra pas de voir se modifier dans la suite.

E) Critiques des autres procédés.

LA RADIOTHÉRAPIE

1. Il est manifeste que les rayons, en agissant sur le fibrome et surtout sur les ovaires, provoquent des diminutions notables de tumeurs parfois importantes, mais non des disparitions; ils laissent toujours persister

une masse réduite, dense, qui reste toujours susceptible, un jour ou l'autre, de manifester sa présence par une complication grave : suppuration péri-fibromateuse, dégénérescence maligne du fibrome, cancérisation de la muqueuse utérine.

2. Chez la femme jeune n'ayant jamais eu d'enfant, c'est la stérilité certaine et définitive.

3. Aux symptômes du fibrome vont succéder les troubles importants d'une ménopause trop précocement provoquée (obésité, troubles digestifs, troubles circulatoires, céphalées, algies).

4. C'est un procédé long (nécessitant souvent un nombre considérable de séances).

Inconstant dans ses résultats, (les récides au bout de quelques mois ne sont pas rares, nécessitant le traitement chirurgical immédiat).

Ne mettant pas à l'abri d'erreurs de diagnostic (gravité des kystes de l'ovaire et des annexites irradiées).

Parfois, même dangereux (radiodermites, pigmentations indélébiles).

5. Chez les malades présentant des adhérences intestinales, dues à une appendicite chronique par exemple, il augmente les douleurs par suite de la prolifération du tissu fibreux.

6. Avant d'entreprendre un traitement par les rayons

X, il est indispensable de s'assurer que les annexes sont parfaitement saines, chose rare en cas de fibrome ou tout au moins difficile à apprécier.

7. N'a aucune influence sur les suppurations péri-fibromateuses (colpotomies chez les malades irradiées et prétendues guéries).

8. Il faut reconnaître que la radiothérapie qui donne des résultats remarquables sur les symptômes (hémorragies, douleurs) peut être d'un secours utile lorsqu'on est en présence d'une femme fortement anémiée par des pertes abondantes et anciennes, ayant des reins déficients et chez laquelle une intervention chirurgicale serait dangereuse. La radiothérapie remplace, dans ce cas, élégamment, les anciennes ligatures artérielles atrophiantes.

LA RADIUMTHÉRAPIE

1. La radiumthérapie dans le traitement des fibromes utérins n'a qu'un champ très restreint.

Semble agir sur les fibromes sous-muqueux, mais n'a aucune influence :

Sur les fibromes interstitiels avec prédominance de tissus fibreux.

Sur les fibromes pédiculés sous-péritonéaux ou se développant dans la cavité utérine.

Sur les fibromes calcifiés.

2. N'est indiquée qu'en cas de fibrome sous-muqueux unique de consistance et de volume moyen (cas exceptionnellement rencontré).

Dans tous les autres cas, le radium est contre-indiqué.

3. D'ailleurs, comment affirmer que ce fibrome est bien sous-muqueux ?

Toucher intra-utérin (abandonné).

Hystéromètre à cadran de Terrillon (expose à des erreurs).

Lipiodol intra-utérin (dangereux et donnant des résultats délicats à interpréter).

4. Chez la femme jeune, mêmes inconvénients que ceux mis en évidence pour la radiothérapie.

L'HYSTÉRECTOMIE

1. On pratiquera l'hystérectomie systématiquement lorsque la myomectomie sera :

Contre-indiquée.

Inutile (femme âgée ou proche de la ménopause).

Irréalizable (éventualité précisée au cours de l'intervention).

2. On pratiquera toujours une hystérectomie totale (infection et cancérisation secondaire, toujours possible, de la petite portion de muqueuse cervicale inutile laissée en place).

3. On discutera longuement l'hystérectomie chez la femme jeune (stérilité et ménopause précoce inévitables).

F) Contre-indications de la myomectomie.

1. La multiplicité des fibromes.
2. Les tumeurs volumineuses dépassant l'ombilic.
3. Perd de son intérêt chez une femme âgée proche de la ménopause et ayant eu des grossesses.
4. En cas de lésions inflammatoires accentuées des annexes ou de l'utérus rebelles à tout traitement.
5. Tous ces cas constituent une indication à l'hystérectomie.

RESUME

La myomectomie est donc une opération appelée à un grand avenir.

L'énucléation abdominale est la méthode de choix, la voie vaginale ne constituant qu'une méthode d'exception réservée à certains cas spéciaux bien limités.

Toutefois, il ne faudra pas l'appliquer à outrance et systématiquement; on trouvera encore longtemps des fibromes pour lesquels on aura trop attendu, ou qui longtemps inconnus ne se seront révélés que très tardivement, ou dont le nombre et la disposition éminem-

ment complexe, s'opposent à toute opération conservatrice, — tous fibromes nécessitant alors une opération radicale, mutilatrice, inévitable : l'hystérectomie.

Vu, le Doyen,
H. ROGER.

Vu, le Président de la Thèse,
Félix LEJARS

Le Recteur de l'Académie de Paris

P. LAPIE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Ouvrages à consulter.

- Lejars.** — *Exploration clinique et Diagnostic chirurgical.*
— *Traité de Chirurgie d'urgence.*
- Tuffier.** — *Titres et travaux scientifiques* (1908).
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie* (tome I).
- Lecène.** — *Précis de pathologie chirurgicale* (tome I).
- Bégouin.** — *Précis de pathologie chirurgicale* (tome IV).
- Poirier.** — *Traité d'anatomie* (Angéiologie).
- Béclère.** — *Radiologie et radiumthérapie* (Sergent, tome XXXII).
- Siredey et Gagey.** — *Le radium en gynécologie.*

Publications médicales.

- Velpeau et Chassaignac.** — *Bulletin de la Société anatomique,*
1833, page 185.
- Amussat.** — *Mémoire sur l'anatomie des tumeurs fibreuses de*
l'utérus. Paris, 1882,
- Péan.** — *Ablation des petites tumeurs fibreuses par le vagin.*
Paris, 1883.
- Chevrier.** — *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,*
avril 1891.
- Ottava.** — *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie,*
avril 1891.

Témoin. — *Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie*, 1895.

— *Archives Provinciales de chirurgie*, 1896.

Mercredi Médical, 8 janvier 1894.

— juin 1895. Société de Chirurgie. Séance du 19 juin 1895.
Myomectomie.

— 25 juillet 1894. Congrès des médecins et chirurgiens américains. 3^e session triennale tenue à Washington, les 29, 30, 31 mai et 3^e juin 1894.

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, mai 1895,
2 janvier 1896.

Tuffier. — *Société de chirurgie*, 1900.

— *Congrès international* de 1900.

Martin. — *Centralblatt für gynec.* 1902, n° 14, page 153.

Legueu. — *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, 1902.

Journal des Sociétés scientifiques, 14 mai 1900. — Ablation
des fibromes de l'utérus, séance du 7 mai 1890.

Le Correspondant Médical, 15 mai 1902. — La myomectomie
abdominale.

Tuffier et Rouville. — *Archives médicales et chirurgicales spéciales*, juin 1906. Traitement des fibromes utérins.

Vie Médicale, mai 1905. — Traitement des myomes pendant
la grossesse.

Le Monde Médical, 15 mars 1920. — Le sphacèle des fibromes
utérins pendant la grossesse.

Journal de Médecine de Paris, 20 février 1920. — Traitement
moderne des fibromes utérins. (Dr François Jeunet).

Presse Médicale, 5 avril 1922. — Extirpation par énucléation
abdominale de 9 fibromes utérins; grossesse à terme consécutif (Didier et Hidden).

Louis Tixier. — *Journal de Médecine de Paris*, 27 octobre 1924.
Les indications thérapeutiques des fibromes utérins suivant l'âge des malades.

Progrès Médical n° 42. 15 octobre 1924. — Le risque opératoire

dans la chirurgie des fibromyomes de l'utérus. (Dr Chifoliau).

Vie Médicale, 11 juillet 1924. — Fibromes utérins et grossesses. (Lavertie).

Presse Médicale, 17 janvier 1925. — 15 cas de grossesse après la myomectomie abdominale (Goullioud, de Lyon).

Presse Médicale, 21 février 1925. — Fibrome suppuré de l'utérus traité par l'énucléation.

La Médecine Pratique 30 juillet 1925. — Le traitement actuel des fibromes utérins (Pascalis).

Thèses.

Jarjavay. — *Thèse de concours*. Paris 1950. Des opérations applicables aux corps fibreux de l'utérus.

Guyon. — *Thèse d'agrégation*, 1860. Des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Atlee (W.-L.). — Philadelphie, 1853.

Ferendinos. — Paris, 1900.

Zwibel. — Paris, 1900.

Morinière. — Sur la myomectomie abdominale, 1900.

Dartigues. — 1901, Chirurgie conservatrice de l'utérus et des annexes dans le traitement des fibromes.

Loubet. — 1902, Enucléation par voie abdominale des fibromes utérins.

Dalsace (Jean). — Castration ovarienne et troubles du métabolisme minéral, Paris, 1926 (*Arnette, Editeur*).

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction. — Définition	9
Exposé rapide de l'anatomie pathologique, des signes de l'évolution clinique et des complications des fi- bromes utérins	12
Rôle des fibromes dans la stérilité; nécessité de la myo- mectomie	21
Historique	24
Technique	35
de l'énucléation abdominale	37
de l'énucléation vaginale	43
Indications et résultats de la myomectomie	46
Observations	48
Critique des procédés médicaux	98
La radiothérapie	99
La radiumthérapie	103
Indications de l'hystérectomie	108
Parti à tirer de ces différents procédés suivant l'âge ...	109
Contre-indications de la myomectomie	112
Conclusions	115
Index bibliographique	125
